



PROJET D'ETABLISSEMENT 2022-2027

Orientations stratégiques

Version 2

Le Centre Hospitalier de Cadillac est un hôpital inscrit dans l'histoire hospitalière de notre département, de notre région et de notre pays.

Au cours des siècles, il n'a cessé par sa présence, son organisation, son engagement d'apporter aux patients les meilleures prises en charge possibles. Cette histoire, cet engagement, sont l'ADN même de toutes les personnes qui au quotidien, quelles que soient leur fonction, leur métier, leur place, assurent la prise en charge des patients qui nous font confiance.

Au sein d'un territoire vaste et marqué par des caractéristiques qui intègrent de grandes différences, notre hôpital ne cesse d'affirmer cette volonté du meilleur soin.

Cette marque de fabrique, cette continuité, trouvent de nouveau leur expression à travers le projet médico-soignant qui structure le projet d'établissement du centre hospitalier de Cadillac pour la période 2022-2027. Ce document définit les orientations que notre communauté a choisi de se fixer pour les cinq prochaines années.

Confrontée au défi de son avenir dans un contexte démographique, financier, règlementaire, sanitaire en pleine évolution, notre communauté cadillacaïse a décidé à travers ce projet de prendre à bras le corps son destin et de refuser ainsi d'être confrontée à des décisions prises dans l'urgence qui ne peuvent qu'accentuer les tensions, aggraver la perte de confiance des hospitaliers et aiguïser les peurs.

En décidant de son avenir, la communauté hospitalière cadillacaïse a fait le choix de la responsabilité et affirme son engagement au service du patient en proposant une adaptation forte de son organisation aux attentes d'une population en croissance démographique et en cohérence avec les orientations fixées par le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), le PTSM et les autres cadres programmatiques qui participent à dessiner le cadre de notre action.

Ce projet médico-soignant, véritable pierre angulaire du projet d'établissement, est une innovation tant sur le fond que sur la forme.

Elaboré par l'ensemble des équipes médicales et paramédicales, il répond à une volonté d'appréhender la personne malade dans sa globalité en intégrant les dimensions psychiatriques, somatiques, sociales, spirituelles.

Cette approche, par essence humaine et progressiste, sera un catalyseur qui va permettre de fédérer les équipes médicales et soignantes autour de la prise en charge du patient et de favoriser ainsi par la mutualisation des connaissances et des compétences l'émergence d'une compétence collective au service du malade.

Ouvert sur un territoire en pleine évolution démographique caractérisé également par le déploiement d'une direction commune qui réunit cinq établissements de santé, ce projet médico-soignant a fait de l'inclusion et de la proximité des marqueurs forts de l'action que l'établissement entend porter.

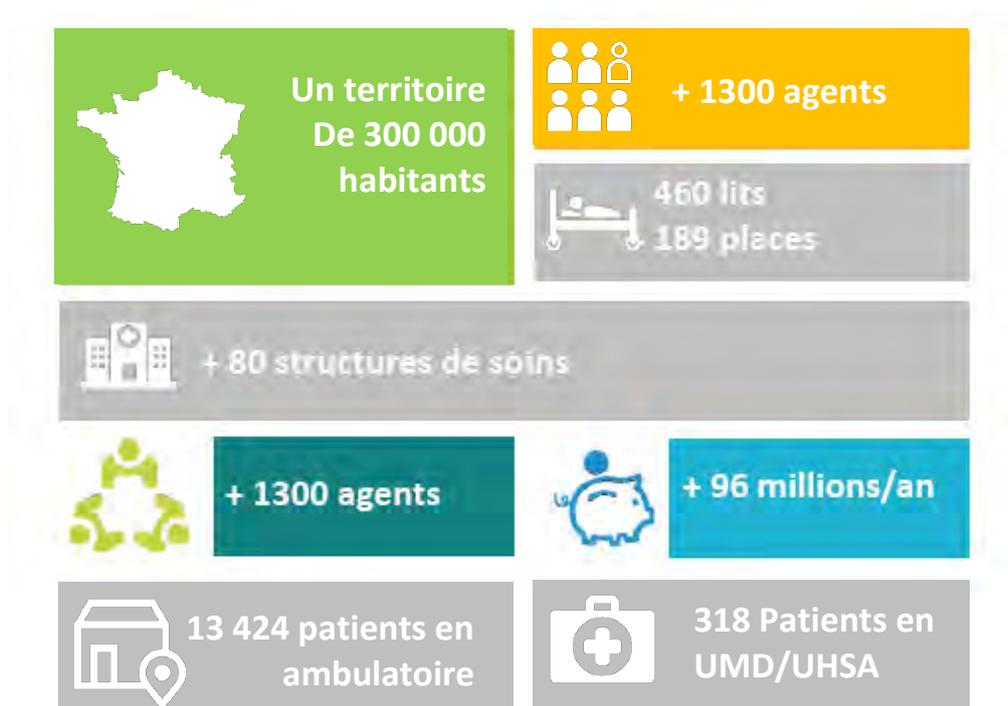
SOMMAIRE

Un établissement de référence, les chiffres clés	Page 5
LE PROJET MEDICO-SOIGNANT	
1. Le CH dans son territoire et l'organisation de son offre de soins et d'accompagnement	Page 6
2. Le CH a préparé son projet d'établissement à partir du cadre national et régional	Page 8
LA METHODE ET LES VALEURS	
1. Le bilan du précédent projet d'établissement et du projet soignant	Page 10
2. Les principaux constats du diagnostic	Page 10
LA METHODE	Page 11
LES VALEURS	Page 14
LE TERRITOIRE	Page 17
LES GRANDS AXES DU PROJET D'ETABLISSEMENT	
Axe 1 – Placer au cœur de ses valeurs le patient et sa capacité d'agir	Page 18
Axe 2 – Etre ouvert sur son territoire dans l'inclusion et la proximité pour accompagner les parcours des usagers	Page 23
Axe 3 – Partager et développer son expertise avec tous les acteurs du territoire dans le cadre de partenariats afin d'améliorer les réponses aux patients	Page 37
Axe 4 – Assurer une plus grande performance au service des usagers et de ceux qui les soignent et les accompagnent	Page 39
LES PROJETS RESSOURCES	
Le projet de gestion	Page 52
Le projet social	Page 73
Le projet culturel	Page 79
Le projet psychologique	Page 92
Le projet achats, logistique et hôtelier et développement durable	Page 111
Le projet qualité gestion des risques	Page 118
Le projet communication	Page 141
Le projet système d'information	Page 158
Le projet droits des usagers	Page 179
Le schéma directeur immobilier	Page 187
Tableau projeté du capacitaire en lits	Page 194
GLOSSAIRE	Page 195

Un établissement de référence

Historiquement reconnu sur le plan national et départemental, l'établissement spécialisé construit en 1617, qui a fêté ses 400 ans en 2017, dessert un bassin de population de 532 404 habitants sur un des territoires le plus vaste en France soit de plus de 5 000 km². Il s'étend à la fois sur la métropole bordelaise (Bordeaux Rive Droite et Bordeaux Rive Gauche) et ses zones périphériques densément peuplées et sur le territoire étendu et rural ou semi-rural du Sud Gironde. Sur ce territoire, le Centre Hospitalier de Cadillac est le premier producteur de soins psychiatriques, avec un capacitaire de 460 lits et 198 places, une offre ambulatoire et des activités spécifiques de référence au niveau national (psychiatrie médico-légale dont une « unité pour malade difficile » (UMD) et territorial (l'activité de réhabilitation psychosociale « L'Envol », une unité de soins intensifs départementale, les prises en charge en addictologie, les thérapies brèves, les psycho traumatismes, l'Electro Convulsivothérapie, l'ergothérapie ...) et son positionnement leader en psychiatrie infanto-juvénile, font de cet établissement un acteur de premier plan, sur un territoire en forte croissance démographique.

Les chiffres clés



Le projet médico-soignant

1. LE CH DE CADILLAC DANS SON TERRITOIRE ET L'ORGANISATION DE SON OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

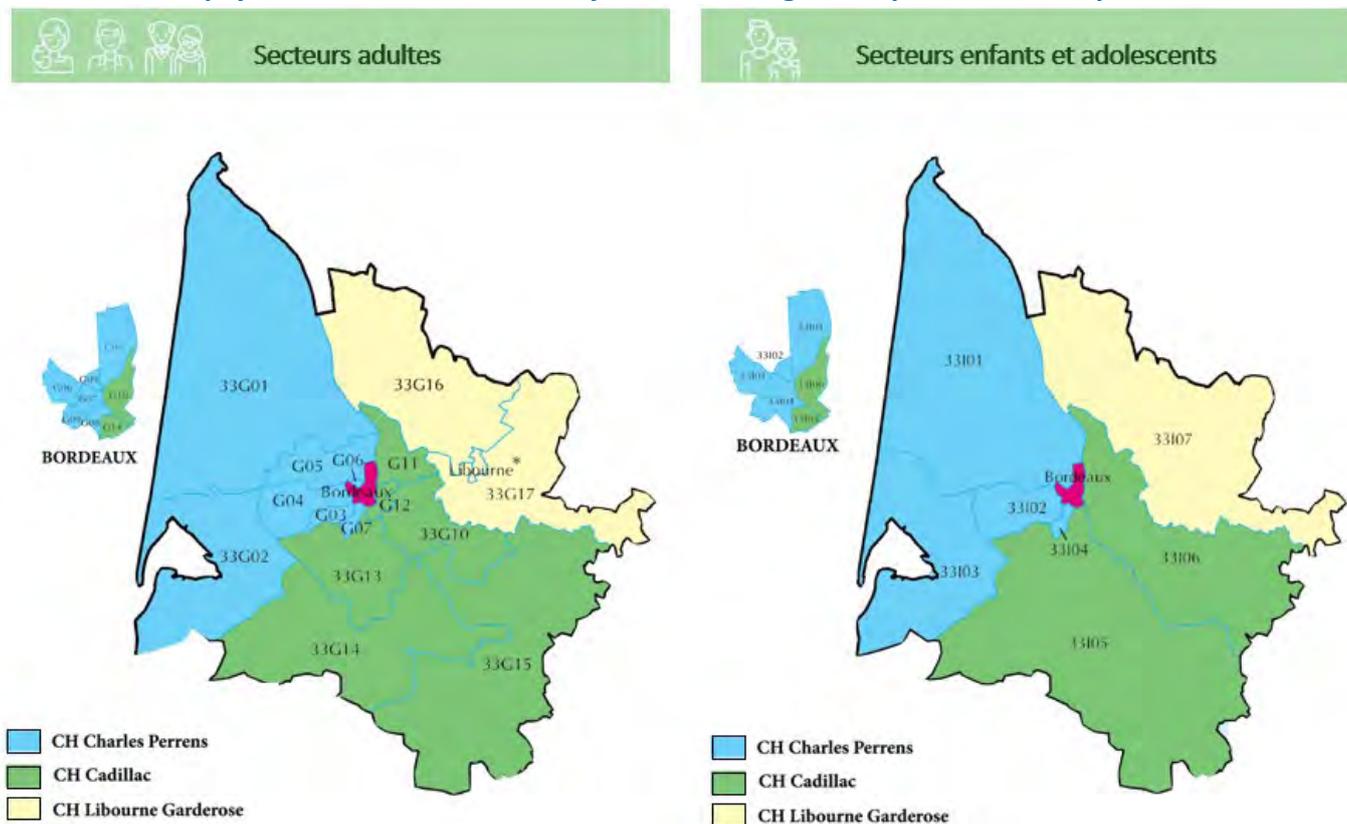
Le Centre Hospitalier de Cadillac s'inscrit dans un écosystème riche. Il est un acteur important du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de Gironde et a un rôle moteur notamment sur les axes dont l'établissement est pilote (fiche 12 : « Améliorer le parcours de soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques »).

Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire « Alliance de Gironde », dont la psychiatrie est l'une des filières de soins prioritaires. Par ailleurs, l'établissement est en direction commune avec le Centre Hospitalier de Bazas, les Centre de Soins et Maisons de Retraite de Podensac et Monségur et le centre Hospitalier Sud Gironde dont le capacitaire s'élève à 1 861 lits et places et couvrent les domaines du MCO (Médecine Chirurgie, Obstétrique), des Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de l'EHPAD, de la psychiatrie et du handicap. Il s'agit là d'un levier de consolidation des filières de l'établissement notamment dans la prise en charge des urgences et dans la proposition de soins somatiques renforcés pour les usagers de l'établissement.

Le Centre hospitalier de Cadillac participe également au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Rive de Garonne et au GCS « Psychiatrie Publique 33 » composé des 3 établissements publics de santé mentale de Gironde (CH Cadillac, Charles Perrens et Libourne). Ces outils de coopérations sont privilégiés par l'établissement pour conforter ses liens avec les acteurs sanitaires, du médico-social et de la ville sur le territoire, afin de sécuriser davantage la fluidité des parcours de soins des usagers et de favoriser une prise en charge complète permettant d'amener les usagers vers le rétablissement.

L'établissement propose une offre diversifiée, tant en suivi ambulatoire au sein des 29 CMP*, des 14 CMPEA* et des 8 Centres CATT*, que dans les équipes mobiles intersectorielles (psychiatrie précarité, équipe de coordination médico-sociale, équipe mobile ressource Aide Sociale à l'Enfance, Equipe psychiatrique d'intervention et de crise, équipe d'addictologie*) qu'en hospitalisation de jour (198 places) ou complète (320 lits hors UHSA, USIP et UMD), et 140 lits dans l'unité de psychiatrie médico-légale (* Cf le glossaire à la fin).

L'offre de psychiatrie adulte et infanto-juvénile est organisée par secteurs et par Pôles :



L'offre de psychiatrie générale s'organise en 6 secteurs adulte au sein de 3 pôles de psychiatrie générale et d'un pôle transversal (Pôle « Perspectives ») et dessert une population de plus de 530 000 habitants :

- Le Pôle Bordeaux Métropole Rive Droite (secteurs 33G10, 33G11) : 223 000 habitants
- Le Pôle Bordeaux Métropole Sud-Ouest (secteurs 33G12, 33G13) : 174 000 habitants
- Le Pôle Sud Gironde Rives de Garonne (secteurs 33G14, 33G15) : 136 000 habitants

HOSPITALISATION DES ADULTES ET ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

HOSPITALISATION ADULTE : 460 LITS - 22 UNITÉS			
Unités du site principal de Cadillac		Unités des sites délocalisés :	
4 unités d'admission sans consentement	94 lits	Unité de Bazas (SL)	25 lits
Unité de court séjour		Bordeaux Métropole site de Lormont et site de Villenave d'Ornon : 3 unités d'admission (SL)	88 lits
1 unité d'admission soins libres (SL)	17 lits		
1 unité de géronto-psychiatrie	29 lits		
Unités intersectorielles de longs séjours	67 lits		
1 unité de soins intensifs départementale (USIP)	14 lits		
1 UMD (5 unités)	86 lits		
1 UHSA (2 unités)	40 lits		
ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION : 198 PLACES - 21 STRUCTURES			
Unités adultes :		Unités enfants :	
7 hôpitaux de jour	101 places	5 Hôpitaux de jour	72 places
7 CATTP extra et intra hospitaliers		3 CATTP	
Service d'accueil familial thérapeutique adulte	15 places	Service d'accueil familial thérapeutique enfants	10 places

Cette organisation se transforme pour proposer une offre de soins spécialisée et de proximité, au plus proche des attentes émergentes des usagers et permettant de répondre aux exigences nationales et départementales.

L'offre intersectorielle du pôle Perspectives propose trois unités d'hospitalisation complète, 4 hôpitaux de jour et un CATTP, ainsi qu'une équipe de coordination médico-sociale, une équipe ambulatoire de réhabilitation psychosociale (L'Envol) et un HDJ de niveau 1.

L'offre de pédopsychiatrie s'organise au sein de 2 inter-secteurs. Actuellement uniquement en ambulatoire et en temps partiel (HDJ + SAFT), la prise en charge des enfants et des adolescents du territoire est réalisée au sein des 13 centres médico-psychologiques enfants et adolescents mais également de 2 CMP Petite enfance à Langon et Cenon, et de consultations au CH de Cadillac et au sein du CMP enfant de Lormont. Les enfants et adolescents et leurs proches bénéficient d'un accompagnement spécialisé en hospitalisation de jour au sein de 5 hôpitaux de jour disposant de 72 places. Les adolescents qui le nécessitent peuvent être pris en charge dans les unités d'hospitalisation complète adulte du CH de Cadillac. Si l'établissement souhaite développer un accueil spécialisé, il ne dispose pas encore de lits d'hospitalisation complète et adresse les patients dans les unités pédopsychiatriques du CH Charles Perrens, du CH de Libourne, de la Clinique Jean Sarrailh ou du CHU de Bordeaux.

Le pôle médico-légal propose, quant à lui, 3 types de prise en charge : cinq unités pour « malades difficiles » au recrutement national, 2 Unités hospitalières spécialement aménagées accueillant des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (UHSA), une unité de soins intensifs départementale (USIP).

L'OFFRE DU CENTRE HOSPITALIER DE CADILLAC

AMBULATOIRE: 47 STRUCTURES - 29 CMP, 18 CENTRES DE CONSULTATIONS, 2 équipes mobiles		
Adultes		
Pôle Rive Droite et Entre Deux Mers	Pôle Rives d'Arcins	Pôle Rives de Garonne
4 CMP (33G10 - 33G11) 3 sites de consultations 1 consultation Géronto psychiatrie 1 consultation Psychiatrie de Liaison 1 CASPERTT (psychotraumatismes)	4 CMP (33G12- 33G13) 2 sites de consultations site central - Clinique d'Ornon 1 Equipe Mobile psychiatrie Précarité 1 Equipe psychiatrique d'intervention et de crise (EPIC)	4 CMP (33G14 - 33G15) 1 SASS (Service d'Accompagnement Social aux Soins) 1 consultation site central 1 consultation Addictologie 1 consultation Psychiatrie de Liaison 1 Equipe de Liaison Addictologie
Pôle de réhabilitation psychosociale et de transition vers le médico-social et Activités transversales		
Unité mobile de coordination médico-sociale Unité de réhabilitation psychosociale (L'Envol)		
Enfants et adolescents		
Intersecteur 33I05 & 33I06 :		
7 CMPEA 1 CMP Petite Enfance à Langon 1 Equipe Mobile ressources Aide Sociale à l'Enfance (EMR ASE)	6 CMPEA 1 CMP Consult. Enfant Lormont 2 CMP : Accueil adolescents et Petite Enfance La Coccinelle 1 Antenne Mobile Multi partenariale (Ambès)	

2. LE CH DE CADILLAC A PREPARE SON PROJET D'ETABLISSEMENT A PARTIR DU CADRE NATIONAL ET REGIONAL

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Cadillac est ancré dans les orientations stratégiques du territoire, qu'elles soient co-construites avec ses partenaires du soin en médecine générale ou santé mentale, avec les acteurs du champ social et du médico-social et avec les acteurs participant à l'accompagnement des usagers (Education nationale, université, centres de détention)

Le projet d'établissement 2022 - 2027 tient compte du cadre réglementaire défini au niveau national notamment par :

- La Loi « Ma santé 2022 » et ses orientations pour la santé mentale et la psychiatrie,
- L'instruction du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale,
- La réforme en cours de la tarification des établissements de santé mentale (mise en œuvre prévue en 2023)
- « La loi du 22 janvier 2022 introduisant un contrôle systématique par le juge des libertés et détention des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée continue ou cumulée. ». L'établissement met en place un ensemble de mesures pour respecter au plus près le nouveau cadre législatif et réglementaire régissant les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. **L'établissement propose des actions calendées pour mettre en œuvre la politique de prévention, de réduction et de contrôle des pratiques d'isolement et de contention.** En concordance des recommandations de la HAS et de l'instruction DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre

juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, il décline de manière transversale et la plus opérationnelle possible les orientations nationales en matière de droit des usagers en santé mentale, précisées également dans les recommandations de la H.A.S. en matière de certification et du CCOMS. Ces engagements conduisent à développer dans toutes les actions de l'établissement **l'engagement de l'usager, à assurer le respect de ses droits et libertés fondamentales** en reconnaissant sa prise de parole et son expérience. Ces notions engagent l'établissement vers des dispositifs permettant aux patients, en tant qu'usager du système de soins d'être davantage acteur de son parcours global.

Le projet médico-soignant 2022-2027 tient aussi compte des exigences du cadre réglementaire régional (Plan régional de santé et schéma régional de l'organisation sanitaire - SROS - et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – CPOM).

Le Projet d'établissement s'insère également au niveau territorial et souhaite inscrire de manière prioritaire les actions partagées dans les orientations définies par le Projet Médical Partagé (PMP) et dans les orientations transversales et actions définies par le PTSM dont les axes suivants sont pilotés ou copilotés par le CH de Cadillac :

ACTIONS DU PTSM DONT LE CH DE CADILLAC EST PILOTE OU PARTICIPE AU PILOTAGE

Pilote ou copilote	Pilote au titre de sa participation à un groupement	
		Groupement :
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Action 6</u> : Prévenir les ruptures de parcours scolaire des adolescents et favoriser leur accès aux soins • <u>Action 8</u> : L'Envol- Diffuser les bonnes pratiques de réhabilitation psychosociale et les soins de rétablissement sur l'ensemble du territoire • <u>Action 10</u> : Développer une offre de soins intersectorielle graduée au profit des 16-25 ans • <u>Action 13</u> : Pérenniser et déployer des actions de prévention « hors les murs et d'éducation à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Action 2</u> : Déployer les projets de télémédecine en psychiatrie 	<i>GCS Rives de Garonne</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Action 5</u> : Développer des dispositifs de partenariat avec l'Éducation Nationale • <u>Action 7</u> : Améliorer le parcours de soins et favoriser le soin dans le cadre de vie du patient • <u>Action 9</u> : Soutenir le logement et l'emploi inclusifs 	<i>GCS Psychiatrie Publique</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Action 12</u> : Améliorer le parcours de soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques 	<i>GHT Alliance de Gironde</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Action 22</u> : Soutenir la parentalité : coordonner l'intervention des acteurs pivots de l'accompagnement des futurs ou nouveaux parents sur la période clef des 0-3 ans 	<i>Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine + Psychiatrie périnatale</i>

La méthode et les valeurs

Le projet d'établissement a vocation à fixer le cadre et les objectifs de l'établissement pour cinq ans. L'ensemble de la communauté médico-soignante a été invitée à se mobiliser pour construire une vision partagée, qui s'appuie sur les atouts du Centre Hospitalier de Cadillac. Ce projet structurant pour l'établissement a suivi trois étapes principales :

1. Le bilan du précédent projet d'établissement et du projet soignant

Lors de son précédent projet d'établissement, l'établissement s'était engagé à travailler pour la période 2015-2019, sur 11 axes stratégiques déclinés en 74 actions, qui pour plus de 50 d'entre elles n'ont été que partiellement ou pas réalisées.

Ces axes portaient sur l'organisation des parcours des patients au sein de l'établissement, selon les modalités de prises en soins (ambulatoire, hospitalisation réhabilitation...) et les typologies d'offre (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, addictologie...). Le projet soignant a pu, quant à lui, réaliser la plupart des actions inscrites, qui portaient sur les parcours de soins coordonnés, la prise en soin optimisée du patient, la consolidation du management et la promotion de l'information et des échanges interprofessionnels.

Le bilan de ce projet a permis à l'établissement de se recentrer sur les priorités d'orientations pour l'établissement, à savoir la prise en compte de l'usager au centre de la démarche, l'ouverture de l'établissement sur son territoire et l'accompagnement des parcours des usagers en proximité dans l'accès élargi à l'expertise psychiatrique.

Débuté en novembre 2020, il permet de rappeler le contexte territorial où est implanté l'établissement et d'étudier son positionnement par rapport à l'évolution du contexte et de la demande sur le territoire. Le diagnostic qualitatif et quantitatif de l'établissement a permis de dégager un consensus sur l'ambition partagée, socle indispensable pour réfléchir à des réorganisations structurelles répondant aux défis à venir pour l'établissement. Cette restitution a permis de dégager des axes communs d'orientations stratégiques pour l'établissement.

2. Les principaux constats du diagnostic

SYNTHESE QUALITATIVE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES



FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> Un établissement ancré dans un très grand territoire à couvrir Un établissement entretenant un lien privilégié avec le CHS de Charles Perrens Un établissement en direction commune avec le CH Sud Gironde qui favorise l'articulation avec le somatique et le médico-social Un budget équilibré 	<ul style="list-style-type: none"> Un précédent projet mal compris et non soutenu. Demande d'un management participatif et bienveillant Des difficultés à stabiliser ses partenariats avec les autres établissements psychiatriques et se projeter dans l'avenir. Des difficultés importantes dans la gestion de projets et la structuration de certaines filières Un engagement dans le projet PTSM qui pourrait largement être approfondi compte-tenu du rôle du CHC sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> Des coopérations structurantes à mettre en œuvre dans le PMS avec les CHS et avec les établissements de la direction commune afin de répondre aux enjeux d'excellence pour proposer des soins de référence et de proximité Le développement de la proximité et la collaboration avec le médico-social à approfondir Le travail à reprendre dans le cadre du PTSM et des axes pilotés ou copilotés par le CHC Un PMS qui doit permettre une refondation de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Une communauté médicale qui éprouve encore de la défiance et du pessimisme concernant la mise en œuvre des projets Une perte de sens dans le travail qui décourage les porteurs de projets Un fonctionnement hétérogène des pôles et peu de transversalité présente au sein de l'établissement

SYNTHESE QUANTITATIVE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	Anticipation des MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Environ 64% de l'activité de psychiatrie sur ses secteurs en hospitalisation complète en 2021 et 47% en hospitalisation à temps partiel • Un effort très important de développement de l'ambulatoire (+ 36% entre 2014 et 2019) • Une DMH adulte au niveau de la moyenne nationale • Une activité CMPEA efficiente et en pleine croissance • Une DAF de 76,6 millions • Une file active importante au regard des effectifs médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Une activité hétérogène entre pôles et des taux d'occupation perfectibles (89,1%) • Une DMH infanto juvénile plus élevée que la moyenne nationale (51 contre 37,2 jours en 2018), notamment liée à une offre incomplète (exemple de lits d'hospitalisation) • Des délais de prise en charge hétérogènes selon les CMP • Une carence en effectifs médicaux et en internes qui freine la réponse aux besoins croissant de la population sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Des travaux à engager sur le nombre et la structure des lits en particulier sur les lits de séjours au long cours avec le PTSM et l'habitat inclusif • Une meilleure régulation des flux d'amont et d'aval pour optimiser la sécurisation du parcours patient • Une réflexion sur l'égalité d'accès aux soins avec une mise en œuvre opérationnelle des CMP pivots, des activités transversales d'expertise • Un travail sur la coordination des parcours complexes, en psychiatrie adulte et infanto-juvénile 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte du niveau de la DAF point d'attention majeur, malgré un succès relatif dans les projets présentés à l'ARS • Anticiper la réforme du financement • Préserver un travail de réorganisation lisible et équitable à engager pour projeter l'établissement dans l'avenir • Favoriser le dialogue : insuffisance de suivi et de mise en discussion des données performance et ressources humaines

La méthode

Cette méthode s'est avant tout attachée à ce que les communautés paramédicales et médicales puissent partager la vision et les valeurs sur lesquelles elles souhaitent se projeter dans les 5 ans à venir pour faire progresser la qualité et la sécurité des prises en charge.

Elaboration du projet médico-soignant. La méthode d'élaboration du projet médico soignant a reposé également sur une très large concertation des professionnels de l'établissement. Le grand engagement des professionnels s'est manifesté au travers des entretiens, des groupes de travail emmenés par des pilotes référents de chacun d'eux et réunissant plus de 110 personnes qu'elles soient médecins, soignants, professionnels des services techniques, logistiques, administratifs, ainsi qu'avec des patients et des familles.

Elaboration des autres volets réglementaires (L6143-2 du Code de la Santé Publique) destinés à consolider le projet médico-soignant et à lui donner une cohérence et une transversalité, deux conditions essentielles à la mise en œuvre d'un dispositif destiné à permettre la modernisation et l'adaptation de l'hôpital. Ces projets concernent la qualité et la gestion des risques, le projet de gestion, la mise en œuvre d'un schéma du système d'information, le projet psychologique, le projet de gouvernance, de développement durable, dans le respect des orientations du GHT, la politique sociale et la stratégie immobilière qu'entend proposer le Centre Hospitalier de Cadillac.

Un grand nombre de soignants et de médecins du CH de Cadillac se sont mobilisés lors de groupes de travail dédiés aux projets institutionnels pour construire en commun le nouveau projet de l'établissement :



C'est l'ensemble de ces différents volets élaborés en associant les personnels et les instances de l'établissement qui permet au CH de Cadillac de définir une stratégie et une vision à long terme.

Un grand nombre de soignants et de médecins du CH de Cadillac se sont mobilisés lors de groupes de travail dédiés aux projets médico-soignants (hors travaux institutionnels) pour construire en commun le nouveau projet de l'établissement :



Une participation de tous les personnels lors de la présentation en Assemblée Générale et aux instances du nouveau projet médico-soignant de l'établissement ainsi qu'à l'élaboration des valeurs socles de l'Établissement.

Cette démarche participative a permis de porter l'accent sur certaines priorités, déclinées tout au long du projet :

- **Promouvoir les liens avec les patients et les familles afin d'augmenter la capacité d'agir des personnes (empowerment)** qui passent par des stratégies de clinique partagée (projet personnalisé de coordination en santé, pair-aidance) mais aussi par l'amélioration des conditions d'hospitalisation quand elle est nécessaire.

- **Mettre en œuvre la réforme isolement contention** au sein de l'établissement, en mobilisant une commission dédiée et un groupe de travail pour développer des mesures alternatives.
- **Permettre une ouverture de type inclusive et une meilleure réponse au territoire de proximité** avec une organisation des structures ambulatoires et une meilleure équité de traitement entre structures afin que l'efficacité acquise permette de réduire les délais de RDV dans les CMP et les CATTP en particulier et de répondre aux demandes mêmes celles non effectives.
- **Soutenir une transversalité des prises en charge** en mettant en place un pôle transversal regroupant des activités spécifiques afin que les patients puissent bénéficier des expertises et que l'amélioration de la performance permette de développer des moyens nouveaux.
- **Développer l'expertise pour la spécialisation des prises en charge** en instaurant des liens avec la médecine de premier recours comme l'indique à la fois le rapport Laforcade et le dernier rapport de la Cour des Comptes.
- **Promouvoir la coopération avec le territoire** pour partager l'expertise avec les autres acteurs du territoire (PTSM) et tous les acteurs du médico-social.
- **Améliorer le management et le pilotage de l'établissement** (contractualisation et nouvelle gouvernance) afin que les acteurs reprennent confiance et soient confortés dans l'équité de traitement ainsi que dans la transparence des données partagées.

Cette même démarche participative a permis de dégager les sujets organisationnels principaux pour l'établissement.

Ainsi, les sujets de rééquilibrage du capacitair vers l'ambulatoire et du rééquilibrage des effectifs, ainsi que de la transversalité sont fortement ressortis.

Les professionnels ont également souligné la volonté de développer des structures intermédiaires ambulatoires par redéploiement des moyens de l'hospitalisation complète pour ouvrir les prises en charge vers la réhabilitation au plus proche de l'environnement du patient. Ainsi, les projets qui sont ressortis ont eu le souci de s'intégrer au sein de filières de prises en charge, en lien avec les partenaires du premier recours et du médico-social. Les projets ont été rédigés dans le sens de prises en charge plus transversales, moins silotées entre les modes de soins (hospitalisation, consultations, réhabilitation ...) et du développement de l'ambulatoire et de nouvelles fonctions au sein de l'hôpital (coordinateur de parcours, gestionnaire de cas, équipes mobiles, pratiques avancées...).

On note aussi que le CH de Cadillac souhaite travailler au sein de sa **Direction commune sur des filières spécifiques** pour fluidifier les parcours et garantir une plus grande qualité de prise en charge : addictologie, gérontopsychiatrie, prise en charge somatique.

En gérontopsychiatrie, le manque de la structuration de la filière oblige le CH de Cadillac à accueillir des patients (pour au moins 50% de leurs files actives) qui ne relèvent pas de l'hôpital psychiatrique.

Ce constat est à mettre en lien avec l'inadéquation des prises en charge de nombreux patients chroniques dans les CMP qui relèveraient d'une autre prise en charge (médico-sociale, CATTP, centre de jour). Cela entraîne un effet de saturation de la grande majorité des CMP et des prises en charge en Hospitalisation complète (HC) voire en séjours longs inadéquats.

La même logique de saturation des hôpitaux de jour par des patients chronicisés a amené les professionnels à réfléchir notamment à l'adaptation de l'intensité des prises en soins avec le développement des hôpitaux de jour de crise et des centres de jour notamment.

D'autre part, lors de cette assemblée Générale de tout le personnel, un travail a été réalisé sur les valeurs du Centre Hospitalier de Cadillac.

Les valeurs



Le projet d'établissement est un temps cardinal pour le Centre Hospitalier de Cadillac ; c'est pourquoi il a été pensé avant tout comme un projet collectif, qui s'attache à restituer la diversité qui existe dans l'établissement, au sein d'une vision cohérente et partagée des enjeux et priorités qui guideront l'engagement des équipes soignantes, des services techniques, logistiques et administratifs pour les 5 prochaines années. Les professionnels ont souhaité inscrire 3 valeurs qui incarnent selon eux l'identité de l'établissement : la coopération, la confiance et l'authenticité, la dignité humaine.

3. Le Projet d'établissement doit répondre aux enjeux démographiques et de demandes des patients dans un territoire très étendu et dans un contexte de réforme de financement

L'établissement doit relever de multiples défis, liés à la fois à l'augmentation importante de sa population et de la demande en soins, mais également au vaste territoire à couvrir et aux priorités de santé mentale établies au niveau national, départemental et infra-territorial :



L'anticipation de la forte demande en soins d'une population en croissance (+12% sur les 15 EPCI du territoire de Cadillac sur les 10 dernières années - entre 2008 et 2018), avec une augmentation envisagée de près d'un tiers de la population girondine d'ici 2050. Cette dynamique est contrastée au niveau infra-territorial entre une partie ouest dynamique, espace de diffusion du desserrement métropolitain et une partie est/sud-est (CC du Réolais en Sud- Gironde et du Bazadais) moins dense, confrontée à la pauvreté, aux réductions d'emplois et au dépeuplement de certains espaces citadins structurants. La crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19 a certainement accentué et transformé la demande sur le territoire, notamment du fait du renoncement aux soins lors des périodes de confinement, qui a pu aggraver dans certains cas les pathologies et a augmenté le niveau d'anxiété de publics fragiles (enfants, adolescents, étudiants, personnes précaires, personnes âgées et isolées...). L'offre de l'établissement devra donc s'adapter pour être en mesure de répondre à de nouvelles demandes et au volume important de personnes concernées.

Le CH de Cadillac s'est engagé et s'engage à l'avenir à répondre à une demande en croissance sur un territoire dont il est le premier producteur de soins en psychiatrie. Il prend ainsi en charge 14 884 patients en 2019 dont 11 200 usagers en psychiatrie générale et 3 800 enfants et adolescents. Cette ambition de couvrir les besoins du territoire s'inscrit dans la conscience du défi que représente la croissance des demandes de la population, en lien avec les dynamiques démographiques que connaissent le territoire. En effet, l'établissement assure l'accueil en moyenne de 4 500 nouveaux patients par an, et a su adapter les prises en charge en conséquence en augmentant notamment fortement sa file active ambulatoire (+ 36% de patients suivis en ambulatoire entre 2014 et 2019, contre 5,8% au national). Pour conforter ce positionnement sur le territoire, l'établissement propose de nouvelles prises en charge ambulatoires en diversifiant les modalités de soins, d'accompagnement et d'insertion pour répondre au mieux à la responsabilité de couverture populationnelle qui lui incombe : **ainsi, il réalise 86% des actes ambulatoires de son territoire en 2021.**

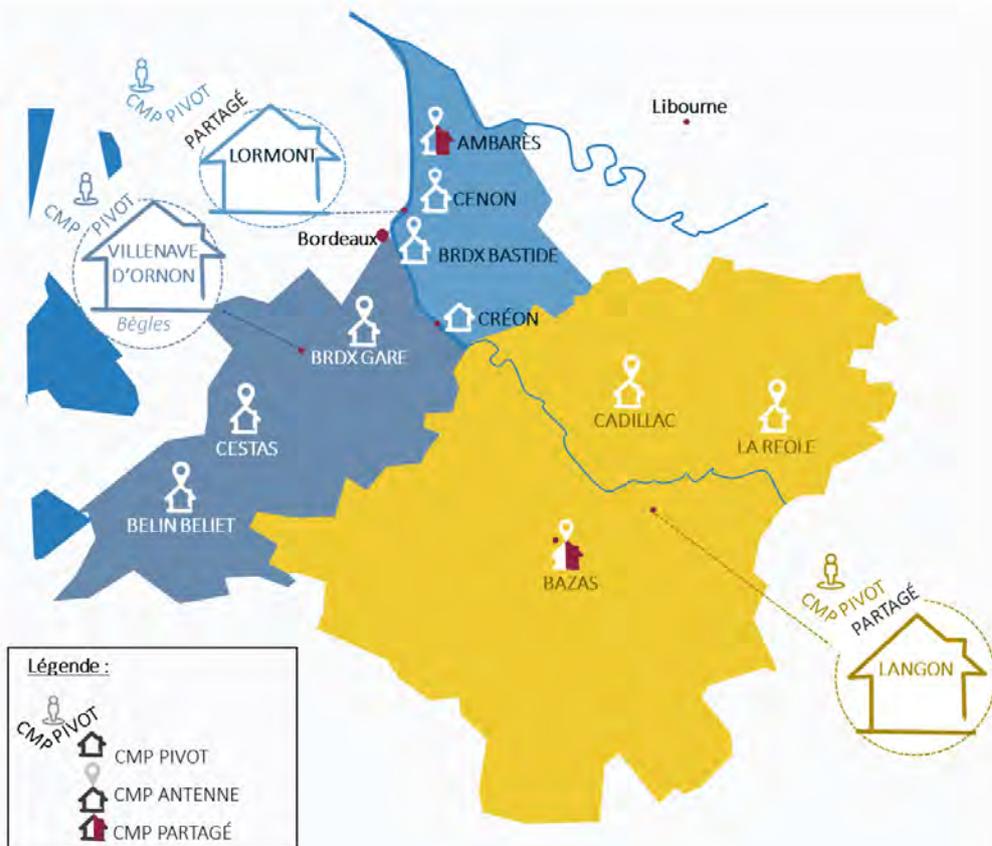
Ce dynamisme lui a permis de conforter un positionnement d'acteur incontournable sur un territoire où l'établissement réalise **64% de l'activité de psychiatrie** sur les différents secteurs qu'il couvre en hospitalisation complète en 2021 et **47% en hospitalisation à temps partiel** (sources : PMSI 2021).

L'établissement rayonne également au niveau départemental puisqu'il est le deuxième acteur de soins psychiatriques : le CH de Cadillac réalise respectivement 25% et 33% de l'activité d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour de Gironde en 2021 (107 26 journées et 167 452 journées).

Cependant, **l'établissement se doit de déployer des moyens supplémentaires pour absorber la demande mais doit également nécessairement « aller-vers » des populations** qui n'auraient pas recours à l'établissement. En effet, la file active adulte de l'établissement rapportée à la population est inférieure à la moyenne départementale (respectivement de 3,16% et de 3,96%). Cet indicateur peut être expliqué par un non recours ou par une difficulté d'accès aux soins psychiatriques dans ce territoire contrasté, à la fois citadin et rural. Sur la prise en soin des enfants et adolescents, on note un taux de recours plus important aux soins psychiatriques par rapport à la moyenne régionale, mais inférieur à la moyenne nationale (0,77%).

L'établissement doit aussi s'organiser, avec des ressources contraintes, de manière à être présent sur l'ensemble d'un territoire parmi les plus étendus des Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) au national. **La superficie du territoire à couvrir est un défi important** dans la prise en soin de proximité et de référence et demande de travailler à la gradation des soins nécessitant le **déploiement** d'une organisation optimisée et attractive (mise en œuvre des CMP Pivots, déploiement des IPA, de la télémédecine, des dispositifs mobiles visant la réponse personnalisée et articulée avec les partenaires accompagnants).

CARTOGRAPHIE DE L'ORGANISATION DES CMP ADULTE CIBLE DU CH DE CADILLAC



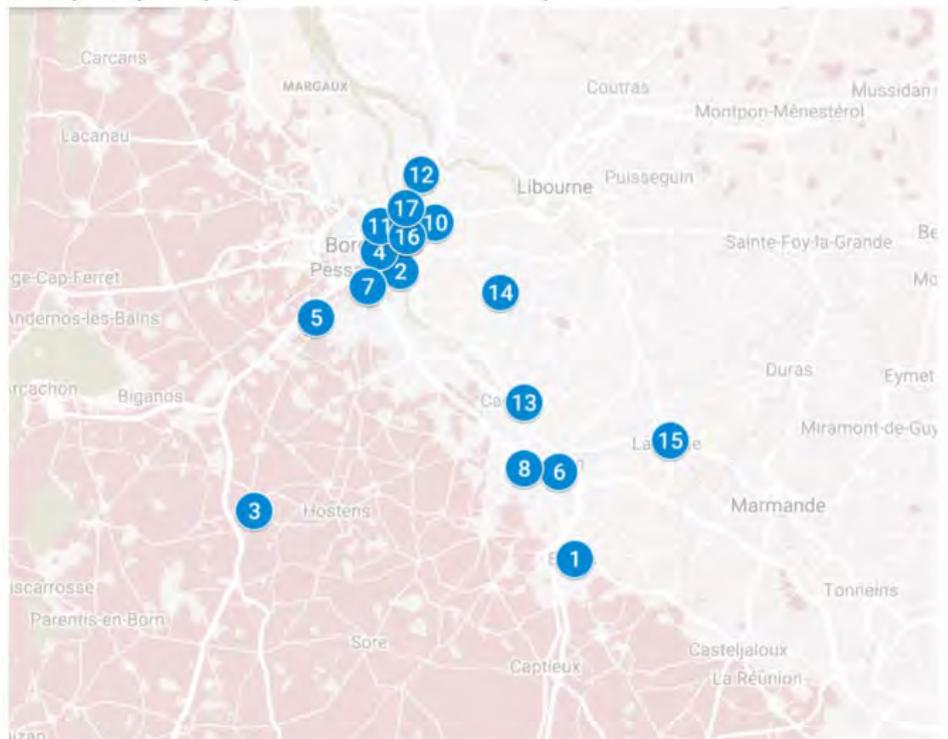
CARTOGRAPHIE DES CMP DU POLE PEDOPSYCHIATRIE DU CH DE CADILLAC

Secteur 33105 (Rive Gauche)

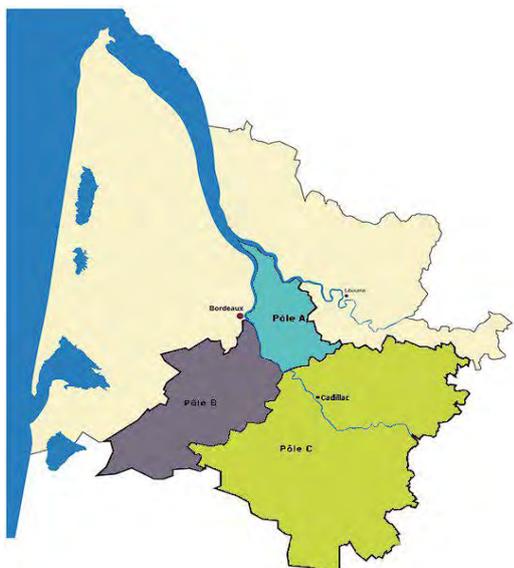
- 1 CMPEA Bazas
- 2 CMPEA Bègles
- 3 CMPEA Belin-Beliet
- 4 CMPEA Bordeaux Marne
- 5 CMPEA Cestas
- 6 CMPEA Langon
- 7 CMPEA Villenave d'Ornon
- 8 CMP Petite Enfance Langon

Secteur 33106 (Rive Droite)

- 9 CMPEA Cenon
- 10 CMPE consultation Enfant Lormont
- 11 CMPEA Bordeaux Bastide
- 12 CMPEA Ambarès
- 13 CMPEA Cadillac
- 14 CMPEA Créon
- 15 CMPEA La Réole
- 16 CMP Petite Enfance La Coccinelle Cenon
- 17 CMPA Consultation Adolescent Lormont



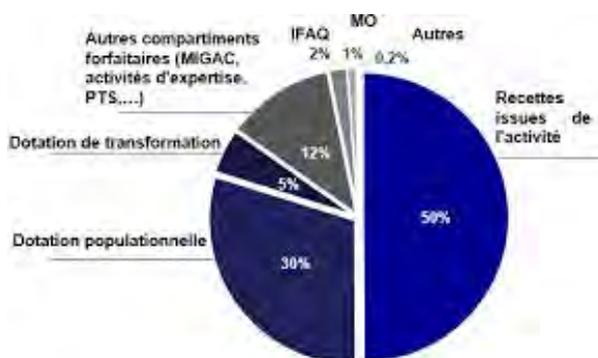
Le territoire



Le CH de Cadillac est implanté en Gironde, couvrant un territoire particulièrement dense, avec 157 habitants au km², contre une moyenne nationale à 104 habitants. Cependant, cette population est inégalement répartie, entre la métropole Bordelaise et le Sud Gironde.

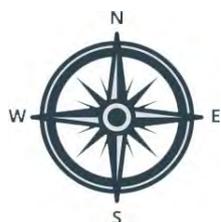


- **Le territoire subit une pénurie de médecins psychiatres** : la densité de psychiatres reste cependant plus faible : 21,8 en région contre 23,0 pour la moyenne nationale, ainsi que 9,7 pour les libéraux ou mixtes contre 9,9 en France.
- Toutes catégories confondues, la densité **de médecins généralistes** de la région est plus élevée que la moyenne nationale. Pour 100 000 habitants, la région présente une densité de 166,3 médecins généralistes contre 155,2 en France (tous modes d'exercice).
- une prévalence régionale importante de certaines ALD en santé mentale (déficience mentale en Gironde notamment).
- ... mais un taux d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel en Gironde qui est le plus bas de la région.
- En termes d'équipement sur le territoire, le département bénéficie d'un taux d'équipement médico-social favorable pour les enfants et personnes âgées. Le territoire est cependant moins bien équipé en MAS, FAM, ESAT et SAVS comparé à la moyenne régionale.



La préparation aux conséquences de la réforme du financement de la psychiatrie avec un engagement de l'établissement à développer une politique ambulatoire forte autour de la prise en charge sectorisée de proximité mais également sur le développement de dynamiques intersectorielles sur les activités spécifiques et les prises en charges complexes tant en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie générale. La *coordination des parcours (séjours longs et complexes), par un travail intensif et pluridisciplinaire, et des trajectoires sécurisées à la sortie des usagers permet d'envisager une prise en charge alternative pour 40 à 60 patients.*

Les grands axes du projet d'établissement



Axe 1 : Placer au cœur de ses valeurs le patient et sa capacité d'agir

Le projet médico-soignant a décliné cette orientation dans plusieurs projets proposant un accompagnement spécifique et concret de l'utilisateur sur tous les aspects de son parcours : l'accompagnement par les pairs, l'orientation vers le rétablissement grâce à la réhabilitation psychosociale, la promotion de la réinsertion et de l'autonomie par l'accès au logement, l'accompagnement de la vie affective de l'utilisateur.

1. Les moyens mis en œuvre pour promouvoir la participation et l'expression du patient, ainsi que sa capacité d'agir

[Le développement du recours à la pair-aidance par le biais de médiateurs de santé-pairs](#)

L'établissement soutient la promotion des soins axés sur la psycho éducation et la logique du rétablissement et du pouvoir d'agir, et en cela souhaite contractualiser avec une ou plusieurs associations afin de faire intervenir des pairs aidants professionnels au sein de l'établissement. Ceux-ci, pourront être sollicités par les différentes structures de l'établissement (intra et extra, usagers, familles, tuteurs...). L'établissement engagera une réflexion sur leur rôle et leur accompagnement au chevet des patients et aux côtés des professionnels.

[Le développement de l'activité de réhabilitation psychosociale de l'Envol](#)

Le rétablissement est l'objectif qui sous-tend les accompagnements de tous les patients vivant avec des troubles psychiques et il constitue un véritable changement de paradigme pour les institutions, notamment dans le décloisonnement des systèmes sanitaire, médicosocial et social.

Il a été établi que les soins dispensés en réhabilitation psychosociale le plus précocement possible dès l'apparition des difficultés sont un levier puissant de **prévention de la survenue ou de l'aggravation du handicap**. Cet accompagnement repose sur un travail approfondi avec l'utilisateur pour la récupération et le maintien de ces acquis et soutient l'utilisateur dans sa participation active aux dispositifs de droit commun. L'instruction de la DGOS du 16 janvier 2019 fixe le cadre pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires. Ces soins reposent sur la mise en œuvre de thérapies telles que les programmes d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive, d'entraînement des compétences et des habiletés sociales, des psychothérapies cognitivo-comportementales, des programmes de soutien aux familles. Le CH de Cadillac possède les professionnels expérimentés dans ces soins spécialisés et souhaite s'appuyer sur ces atouts pour renforcer l'accessibilité à ces expertises et la formation des personnels soignants afin que ces soins puissent être dispensés à tous les patients le nécessitant en intra ou en extrahospitalier dans les meilleurs délais. Le CH de Cadillac pourra également s'appuyer sur un nouvel outil à sa disposition : la maison de la réhabilitation, nouvelle activité autorisée pour fonctionner sous forme d'appartement thérapeutique, dont l'ouverture est programmée le 1^{er} juillet 2022.

[Le renforcement de l'équipe mobile insertion hébergement et la mise en place et l'organisation de l'accès au studio vie affective et familiale](#)

L'établissement s'engage dans le renforcement de l'équipe mobile insertion hébergement intervenant dans les appartements thérapeutiques et permettant de renforcer les stratégies partenariales avec les bailleurs sociaux

pour la création de dispositifs de droit commun. Il s'agit d'un formidable outil de réduction des séjours hospitaliers au long cours pour les patients « agissants » qui ont besoin d'un étayage important pour leur maintien à domicile. Cette équipe mobile, ainsi que la mise en place du studio de vie affective et familiale, constituent aussi des tremplins pour les sorties précoces d'hospitalisation, la réinsertion des personnes, et ont vocation à s'adosser aux propositions de réhabilitation psychosociale.

2. La priorisation de la promotion de la démocratie sanitaire et du respect des libertés et des droits fondamentaux des usagers

En sus des orientations d'organisation et de co-construction d'une clinique partagée, de nombreuses actions en faveur du droit des usagers ont été engagées ces dernières années. L'établissement a notamment obtenu plusieurs labels dans le champ de la promotion de la démocratie sanitaire et des droits des usagers délivrés par l'ARS. D'autres actions phares, comme l'ouverture de la maison des usagers et la création d'une association des usagers ou la création d'un point d'accès au droit (PAD) contribuent à améliorer en continu cette thématique au sein de l'hôpital. Les actions mises en œuvre pour réduire le recours à l'isolement et à la contention seront poursuivies et intensifiées. Les évaluations des pratiques professionnelles et les programmes d'éducation thérapeutique mis en place y contribueront. Pour permettre ces avancées en offrant des conditions d'accueil améliorées, l'établissement poursuivra un vaste programme de travaux déjà engagé.

Le projet des usagers a été construit autour de deux axes stratégiques, la promotion de la démocratie sanitaire, de l'engagement des usagers et du respect des droits et libertés fondamentales, il s'attache à décliner de manière opérationnelle et en actions concrètes les orientations nationales en matière de droits des usagers en santé mentale, issues de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (28 juin 2018) et du projet territorial de santé mentale.

En effet, le développement de l'engagement du patient, la prise en compte de sa parole et de son expérience, le développement de sa capacité d'agir, sont aujourd'hui des notions incontournables portées par les politiques nationales et les recommandations de la H.A.S. et du C.C.O.M.S., pour proposer des prises en charge de qualité. Les attentes des patients ont évolué vers une prise en charge globale, individualisée et intégrée dans un parcours de vie, orienté vers la réhabilitation, où le patient est considéré comme un sujet disposant de droits inaliénables qui devient de plus en plus acteur et partenaire de sa prise en charge.

La promotion du respect des droits des patients est aujourd'hui tout aussi incontournable et doit être considérée comme un levier indispensable pour l'amélioration de la qualité des soins délivrés et donc de la satisfaction des patients. Des marges de progression persistent, comme nous le rappellent les autorités de contrôle suite à leurs différentes visites (CGLPL, CPT¹).

Le respect des droits des patients revêt un enjeu particulier en psychiatrie avec d'une part, la législation relative aux mesures de soins en soins sans consentement, placées sous le contrôle du juge des libertés depuis la loi du 5 juillet 2011, et d'autre part la législation relative aux mesures d'isolement et de contention, qui fait depuis peu l'objet de réformes majeures. En effet, suite à une décision du Conseil Constitutionnel, l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 a instauré à compter du 1er janvier 2021 un encadrement et un contrôle facultatif du juge des libertés sur les mesures d'isolement et de contention, contrôle qui s'est fortement intensifié avec la loi du 22 janvier 2022 instaurant un contrôle systématique des mesures par le juge des libertés et de la détention. L'établissement s'est attaché à le mettre en œuvre dès l'entrée en vigueur de la loi le 24 janvier 2022.

Ces évolutions législatives, en adéquation avec les recommandations de l'OMS, nous incitent donc fortement à repenser de manière structurelle notre organisation de soins pour y avoir toujours moins recours.

¹ CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. CPT : Comité de prévention de la torture

Dans ce cadre, la poursuite des actions engagées en termes de prévention pour limiter les mesures restrictives de libertés au dernier recours et trouver les bonnes alternatives, et plus globalement notre engagement pour le respect des droits fondamentaux et la promotion de la bientraitance, restent un enjeu majeur pour les années à venir, nécessitant une mobilisation de tous les professionnels dans une démarche transversale et pluridisciplinaire.

L'établissement s'engage à réviser et évaluer régulièrement les modalités pratiques de ces mesures : lieu d'une mesure, surveillance infirmière, levée des mesures, information rapide des proches de l'utilisateur, dans le respect de la dignité et de l'intimité de la personne, et de façon générale à se doter d'un système de suivi quantitatif des mesures et de leurs durées pour permettre une analyse précise et régulière. Il réaffirme également la priorité qui est faite aux alternatives à la contention isolement. La formation des professionnels, les retours d'expérience et évaluation des pratiques, l'association des patients aux démarches de prévention (plan de prévention de crise conjoint, entretiens ciblés post-isolement) ainsi que l'aménagement des espaces d'apaisement et de défoulement, se trouvent au cœur de la démarche. L'établissement devra aussi se doter d'une équipe de professionnels formés pour la mise en place d'activités spécifiques en partenariat avec les professionnels des unités fermées, susceptibles de réduire le recours à l'isolement et à la contention. Les professionnels médicaux et paramédicaux seront mobilisés autour de projets collectifs et de service avec des objectifs intégrés au sein des contrats de pôles.

Ainsi, le projet des usagers s'oriente vers deux priorités :

Promouvoir la démocratie sanitaire et la participation active des usagers tout au long de leurs parcours de soins

Cette orientation vise à favoriser l'engagement des usagers et de leurs représentants à la vie de l'hôpital, à informer et impliquer le patient tout au long de sa prise en charge, dans une logique partenariale et réaffirme la volonté de l'établissement de s'appuyer davantage sur l'expérience et l'expertise des patients pour une meilleure prise en compte de leurs besoins

Poursuivre et amplifier la politique de promotion et de respect des libertés et droits fondamentaux des usagers

Cette seconde orientation permet de poursuivre l'engagement de l'établissement et de ses professionnels dans la politique volontariste visant à réduire les mesures d'isolement et de contention et en faire une pratique de « dernier recours » tel qu'inscrit dans la loi. Par ailleurs, dans le cadre d'une démarche qualité et en préparation de la prochaine visite de certification, il s'agit d'assurer le suivi et l'évaluation des plans d'actions relatifs aux droits des usagers et de promouvoir de nouveaux outils d'évaluation interne. Pour cela, le renforcement de l'information des usagers sur ses droits et leur accès aux outils de communication est un prérequis indispensable pour inscrire concrètement cet objectif dans les pratiques. Aussi la culture de la bientraitance et la prévention de la maltraitance est une composante essentielle du droit des usagers dont la culture doit être infusée auprès de tous les professionnels de l'établissement.

L'établissement souhaite tout particulièrement poursuivre les efforts déployés pour faire bénéficier aux patients hospitalisés et à leurs proches d'un espace plus convivial et créateur de lien social, en ouvrant une cafétéria sur son site central, et permettant dans le même temps d'étendre l'offre de prestations hôtelières.

3. Un projet de soins plaçant au cœur l'utilisateur et ses proches

Un projet de soin centré sur le patient/utilisateur acteur de sa santé doit permettre d'anticiper et d'appréhender la mise en place et l'accompagnement d'une organisation des soins centrés sur le patient, répondant aux attentes des usagers et des professionnels de santé.

Pour l'usager en santé mentale, Il est désormais question de participation, de décision partagée, d'*empowerment*. L'*empowerment* est un processus par lequel l'individu acquiert du « pouvoir d'agir ». Pour les soignants, il s'agit de repenser leur modèle de soin.

L'isolement-contention

L'utilisation de l'isolement/ contention représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation d'urgence ou de crise.

L'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier de Cadillac s'engage dans une politique de limitation des mesures restrictives de liberté et de renforcement du respect de la dignité. Cette orientation impose aux soignants de mettre en œuvre des stratégies de prise en charge adaptées.

Un projet de soins respectueux de la personne soignée, éthique et bienveillant

Les publics accueillis, le plus souvent en situation de grande vulnérabilité, amènent à s'interroger sur nos pratiques. Il s'agit de décliner une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance.

Mieux intégrer le patient et ses proches aux soins

La relation entre soignant et soigné évolue et la place des patients est de plus en plus active. Aujourd'hui on parle de partenariat, de patient partenaire de ses propres soins. Le partenariat nécessite une coopération entre le patient et le professionnel de santé, tous deux engagés dans un dialogue menant à une prise de décision partagée et à un plan de soins individualisé, dans le respect et avec les ressources de chacun : l'un expert de sa vie et de sa vie avec la maladie, l'autre expert en santé.

Le rôle des « soignants » consiste désormais à permettre au patient de devenir acteur de sa santé, de favoriser son implication et l'expression de ses préférences et ainsi d'être acteur de sa prise en charge, dans la durée.

4. Le projet culturel

Le Centre Hospitalier de Cadillac s'engage, en 2021, dans l'élaboration de son nouveau projet médico-soignant d'Etablissement.

Il fixera les lignes directrices et les axes stratégiques adoptés par l'Etablissement sur la période 2022-2027. Le projet culturel est un des projets constitutifs des projets d'Etablissement.

Depuis 2009 la politique culture et santé est inscrite fortement au Centre Hospitalier de Cadillac. Un travail de coopération s'est tissé entre les tutelles ARS, DRAC, Conseil Régional et l'institution. Ce projet est un élément fédérateur qui contribue à enrichir la politique générale de l'Etablissement.

Il favorise le mouvement « hors les murs ». Etabli à partir d'un socle commun, partagé au sein du comité culturel, il sera élaboré de manière participative en associant les professionnels de l'Etablissement, les membres du GHT, les partenaires artistiques, ainsi que les usagers.

Le projet culturel se donne également pour ambition d'optimiser les collaborations avec les Etablissements de la Direction Commune Sud Gironde, les structures membres des GCS Rives de Garonne et Psychiatrie 33. La politique de démocratie sanitaire est en effet le fil rouge du mode de fonctionnement de cette instance.

Comme le réaffirme l'ARS, la démocratie sanitaire associe l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration de la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. D'une part la démocratie sanitaire est créatrice de droits pour les usagers, d'autre part elle mobilise une représentation active de ces derniers. En tout cela elle participe à l'élaboration d'un système de santé de meilleure qualité.

La stratégie culturelle de l'établissement s'oriente donc vers le développement d'une stratégie aboutie de partenariat culturel, appuyant l'expression des émotions du patient, de son droit de cité, son pouvoir d'agir. Cette stratégie, pour être opérante, sera inscrite dans la contractualisation des pôles et constituera un levier pour la qualité de vie au travail des professionnels.



Axe 2 : Etre ouvert sur son territoire dans l'inclusion et la proximité pour accompagner les parcours des usagers

Le deuxième axe du projet du Centre Hospitalier de Cadillac permet de refonder une organisation et une répartition des ressources plus lisibles et opérationnelles au sein de l'établissement et d'organiser l'accessibilité de certaines activités grâce à la création d'un pôle transversal.

Ces mesures constituent des prérequis afin de proposer une organisation des parcours de prises en charge s'appuyant sur un réseau de CMP Pivot et de CMP de proximité.

Cette approche parcours qui guide l'organisation et les prises de décision au sein de l'établissement permet à l'établissement de réaffirmer son engagement à proposer à toute personne en tout point du territoire une réponse en proximité et d'excellence, permettant la prévention et l'accompagnement des publics les plus fragiles.

1. Une organisation des soins ambulatoires permettant d'aller vers l'ensemble de la population du territoire

Une organisation refondée autour du CMP Pivot et de proximité dans le cadre d'une accélération du virage ambulatoire de l'établissement

L'établissement a engagé depuis plusieurs années une réflexion sur une organisation ambulatoire recentrée autour des soins d'expertises (CMP Pivot) et des soins de proximité (CMP de proximité, antennes). Cependant, par manque de moyens, et du fait de projets immobiliers de longue haleine, aucun des CMP dits « pivots » n'a pu voir le jour. Cette décision de remettre au cœur de l'organisation les CMP Pivots s'accompagne d'un rééquilibrage des moyens vers les CMP et les dispositifs ambulatoires afin qu'ils disposent davantage de capacité d'agir.

Ce projet est le point central de la nouvelle organisation qui vise à faciliter l'accès au CMP, dispositif pivot de prévention et de soins du secteur afin de prévenir les situations de crise et d'urgence, d'éviter les ruptures de prise en charge et d'assurer un maillage territorial efficace entre les différents acteurs des secteurs sanitaires et médico-social. Un des bénéfices attendus est la réduction des délais d'accès aux soins et des passages aux urgences évitables.

Cette organisation renforce aussi la lisibilité des parcours et vise à redonner aux structures ambulatoires les moyens d'être moteurs dans l'accompagnement des usagers à l'élaboration de leurs projets personnalisés. Ces projets, travaillés avec l'utilisateur et les partenaires de prises en charge, proposent un parcours de rétablissement et de réhabilitation viable, pérenne et personnalisé, en favorisant le plus possible des solutions alternatives à l'hospitalisation complète.

Cette organisation permet le rapprochement des structures dans un souci d'optimisation des ressources humaines, d'élargissement des horaires, notamment dans l'accueil inconditionnel, l'articulation avec les services d'urgence et la médecine de ville, le développement de l'accès aux consultations spécialisées, aux consultations de soins somatiques, aux dispositifs de soins ambulatoire intensifs et réactifs, notamment grâce aux équipes mobiles déployées sur le secteur.

Cette organisation préside à l'accueil des infirmiers de pratique avancée (IPA) formés dans les CMP de proximité pour le suivi des patients nécessitant un suivi régulier, en lien avec le médecin psychiatre. Face à la pénurie

importante de personnels médicaux et paramédicaux, et la nécessité d'optimiser et de rationaliser la ressource médicale, de répondre à un besoin croissant en soins, de nouveaux modes d'exercice ont été créés par le législateur. L'établissement souhaite promouvoir les nouvelles compétences soignantes au travers des nouveaux modes d'exercice.

L'accueil des infirmiers de pratiques avancées, associé à des protocoles de coopération formalisés pour amorcer de nouvelles pratiques innovantes de prise en soin doivent aujourd'hui permettre à l'établissement de conserver mais aussi **d'accroître son offre de soins** dans un **contexte de pénurie de médecins psychiatres**. La réorganisation immobilière des sites extrahospitaliers participera au financement de cette réorganisation.

Une organisation des soins orientée vers l'ambulatoire permettant d'aller vers l'ensemble de la population du territoire

Devant le constat d'une répartition hétérogène des ressources, notamment dans la part dédiée à l'intra hospitalier et la part dédiée à l'ambulatoire, le projet d'établissement du CH de Cadillac s'est attelé à des travaux structurels permettant de reconfigurer les pôles et le capacitaire de l'établissement pour donner accès à tous les usagers, sans perte de chance au même niveau d'expertise, tout en proposant des organisations souples adaptées aux très grandes différences de territoire que l'établissement doit couvrir.

Cette réflexion s'est orientée vers le déploiement des effectifs vers l'ambulatoire pour redonner du pouvoir d'agir aux CMP (et aux autres dispositifs ambulatoires) :

L'établissement affirme ainsi un engagement fort autour de l'installation des CMP pivots :

- Le recrutement de 3 médecins sur les CMP Pivots
- Le recrutement de psychologues au sein des CMP, échelonné dans le temps, afin de renforcer la réactivité des structures dans la prise en soin des primo-arrivants, de renforcer l'accès aux psychologues, l'accueil des étudiants et développer les thérapies familiales
- Un déploiement et un recrutement de temps médical de l'unité Parchappe vers les dispositifs de la filière gérontopsychiatrie à construire avec le CH Sud-Gironde
- Le recrutement échelonné dans le temps d'assistantes sociales, notamment sur le pôle PEA, afin de répondre à la plus forte complexité des parcours et à la nécessité de coordonner les nombreux acteurs de l'accompagnement de l'utilisateur

Faire évoluer l'offre de soins pour des pratiques ouvertes sur le territoire incite les soignants à poursuivre leur action pour améliorer la visibilité et la diversité des services offerts à la population en ambulatoire, HDJ et l'accès aux CMP.

Réduire les ruptures de prise en soin

Afin de réduire les risques de rupture dans les parcours de santé des usagers, il va s'agir de développer les interventions de liaison et se coordonner avec nos partenaires du territoire : la médecine de ville, le sanitaire et le médico-social, l'associatif, l'éducation nationale... L'utilisation de nouveaux outils (tel le numérique) facilitera le partage d'informations entre professionnels, une réponse plus adaptée et plus précoce et améliorer in fine la prévention.

« Aller vers » pour aller à la rencontre de l'utilisateur

"aller vers" en développant le « hors les murs » de l'hôpital nécessite d'adapter les pratiques et les modes d'organisation pour aller à la rencontre des patients. Il s'agit désormais de proposer de nouveaux partenariats ou dispositifs d'accueil, d'équipes mobiles et de liaison au plus près du lieu de vie du patient.

Promouvoir le développement des compétences

En lien avec le projet social, la réalisation du projet d'établissement implique d'accompagner le développement de nouvelles compétences et nouveaux métiers chez les soignants. Pour les professionnels novices dans le champ de la psychiatrie, une formation de consolidation des acquis est proposée. Elle facilitera la prise de poste et l'intégration au sein des équipes. Pour les nouveaux arrivants, la mise en place du tutorat est aussi prévue dans le cadre d'une politique d'accueil ou de mobilité redynamisée. En sus des plans de formation prévus sur les

différents axes du projet médico-soignant, le développement de l'analyse des pratiques contribuera aussi à la montée en compétence des paramédicaux tout au long de leur parcours professionnel. Les case-managers, gestionnaires de parcours, et les infirmières de pratiques avancées font partie des nouveaux profils de soignants sur lesquels le centre hospitalier de Cadillac investit. La promotion de la recherche et de l'innovation, outil d'adaptation aux nouveaux modes de prises en charge, facilitera la mise en œuvre de nouvelles pratiques.

Encourager les échanges inter et pluri professionnels

La coordination des parcours, la plus grande mobilité sur le territoire et la diversification des prises en charge nous incitent à échanger et confronter nos pratiques. Aussi la promotion des stages de comparaison ouverte aux professionnels de l'établissement et du territoire sera encouragée. Les actions de formation « hors les murs » et pluri professionnelles seront développées. De même, l'analyse des pratiques professionnelles contribuera à l'efficacité et l'adaptabilité des organisations et à gagner en performance collective.

Une couverture de l'offre ambulatoire graduée présente sur l'ensemble du territoire

Le Centre Hospitalier de Cadillac couvre un territoire qui, parmi les établissements de santé mentale français, fait partie des plus étendus. **A ce titre, la prise en charge de proximité constitue un véritable défi**, dans des territoires qui ont parfois une offre de premiers recours faible et une population caractérisée par une précarité très importante. Il est apparu que cette caractéristique nécessitait un **déploiement des ressources orienté vers la mobilité et l'ouverture vers les partenaires**. Le secteur constituant l'échelle privilégiée pour répondre aux besoins de la population, les pôles ont été réorganisés autour du CMP pivot et de CMP antennes afin de répondre à cette double exigence de couverture d'un territoire étendu et de maillage de proximité.

Cette organisation de l'offre maillée sur l'ensemble du territoire nécessite par ailleurs de déployer parfois davantage de ressources dans des dispositifs dont l'équilibre financier n'est pas assuré par un volume de demande suffisant mais qui sont nécessaires dans le cadre de la responsabilité populationnelle (de tous les usagers) assumée par l'établissement.

Les propositions de l'établissement sur le déploiement de la télémédecine permettront d'améliorer encore davantage le suivi et la réactivité des CMP. Prévu dans le projet directeur des systèmes d'information, l'établissement dispose des moyens techniques pour déployer plus avant cette possibilité à laquelle les professionnels ont été acculturés pendant la crise covid. Les filières de gérontopsychiatrie, et de prise en charge en addictologie sont priorisées dans un premier temps afin d'expérimenter le déploiement de la télémédecine dans la prise en charge de manière plus systématique. La télémédecine pourrait également être déployée sur la filière urgence, et les consultations avancées en télémédecine pourraient être généralisées sur des filières complémentaires (périnatalité, thérapeutiques spécifiques, prise en charge dans la filière UHSA...).

2. La création d'un pôle transversal pour partager les expertises en interne et au-delà et le recentrage de la gouvernance au plus près des services dans un management plus participatif

La création d'un pôle transversal

L'établissement s'est engagé dans une démarche de renouvellement de son organisation afin de proposer une même offre de soins étoffée et graduée à tous les patients de son territoire. Ainsi, il s'engage dans la mise en place d'activités transversales d'expertise et de recours au sein du pôle transversal. La constitution de ce pôle d'activités transversales, par la structuration de l'existant, l'étoffement de l'expertise et sa diffusion par une formation plus étendue, permettra d'harmoniser l'accessibilité des ressources et de rendre plus cohérente et articulée leur mise à disposition à tous les usagers, aux côtés des équipes sectorielles.

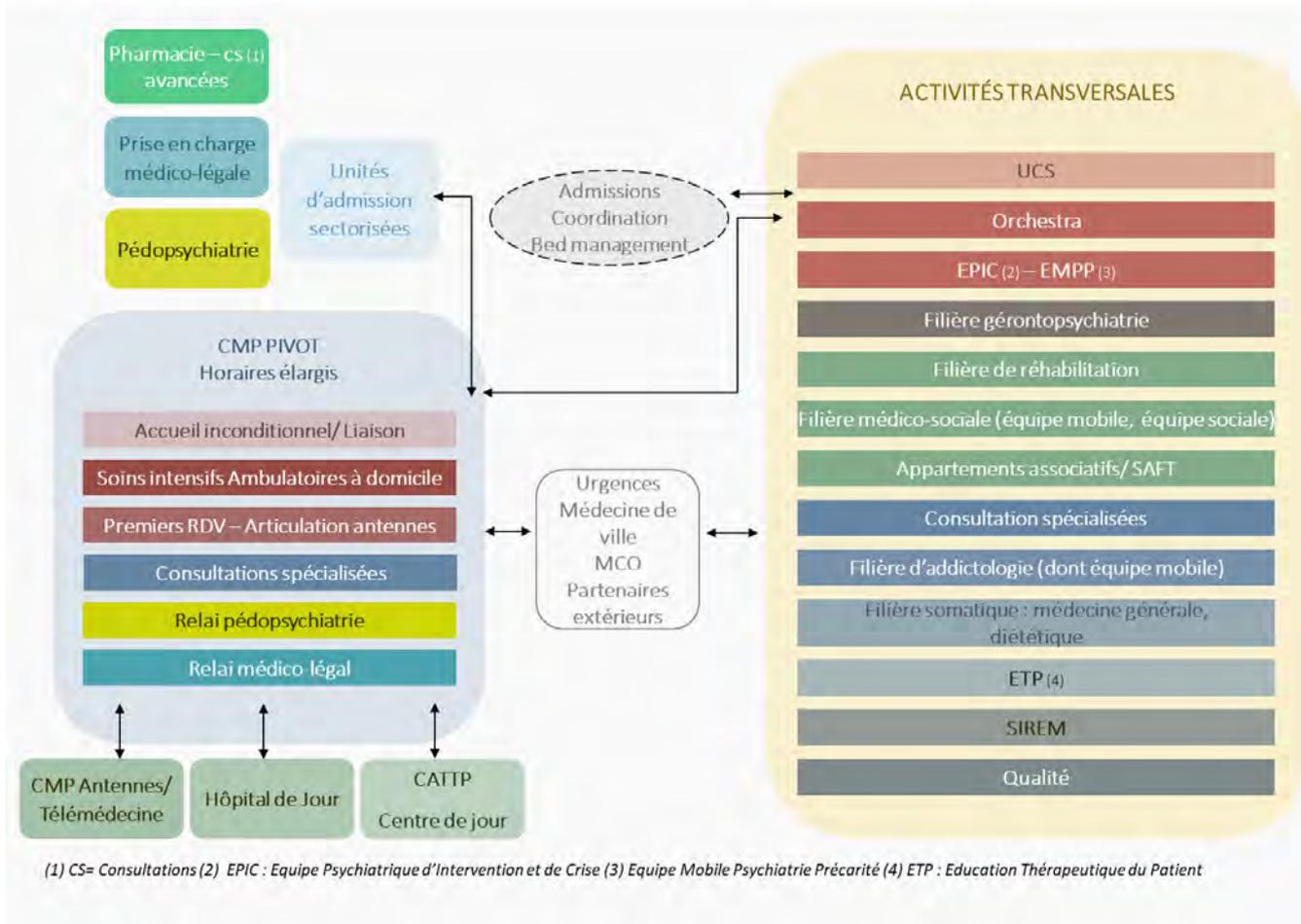
En effet, les travaux menés au sein des groupes de travail institutionnels et médico-soignants ont permis de dresser le constat que **certaines activités spécifiques disponibles au sein de l'établissement** (pratiques spécialisées ou de surspécialité) ne **sont pas accessibles de manière uniforme à tous les usagers** qui en auraient besoin au sein des pôles.

De fait, ces activités spécifiques sont rattachées à une activité de secteur qui organise ses ressources en fonction de ses contraintes propres. **Cette organisation ne permet pas d'organiser la mise à disposition de ces ressources à l'échelle de l'établissement de manière optimale** (visibilité sur la gestion des ressources humaines, organisation des formations, des temps de travail, sanctuarisation des ressources sur ces activités). La majorité des soignants a ainsi fait ressortir le besoin que ces activités soient pilotées au sein d'un pôle dédié, avec une meilleure visibilité sur les ressources disponibles, un suivi dédié de l'activité et de l'évaluation du niveau de réponse aux besoins à l'échelle de l'établissement.

Ainsi, les professionnels se sont exprimés sur la nécessité d'intégrer un certain nombre d'activités au sein d'un pôle transversal dédié, de ressources et d'orientation pour les activités suivantes :

- **L'unité d'accueil de court séjour** (aujourd'hui UCS) pour une prise en charge en hospitalisation de courte voire de très courte durée. Cette UCS constitue la principale « porte d'entrée » de l'hôpital (60% des admissions), qui doit privilégier le retour à domicile et l'orientation de l'ambulatoire et éviter l'hospitalisation, notamment après un passage aux urgences. Cette unité a également vocation à orienter dans des délais courts les patients vers leur unité sectorielle si la poursuite de l'hospitalisation s'avère nécessaire.
- **L'activité d'addictologie**, qui poursuit son développement dans le sens d'un renforcement de la gradation des soins (développement des consultations, des séjours de sevrage) et de l'articulation avec la filière somatique
- **Des activités qui sont déjà mises en commun au sein du pôle « management »** (pôle qui ne paraît pas assez lisible pour les professionnels) mais qui intégreront le pôle transversal :
 - **CASPERTT** (Centre d'Accueil Spécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes Psychiques)
 - Sexologie
 - Hypnose
 - Éducation thérapeutique
- L'activité de **médecine somatique** ;
- Les gestions des effectifs et des admissions :
 - L'opportunité de mettre en place un **pool de remplacement** devant une situation insatisfaisante pour les services : des effectifs de remplacements importants et disparates, qui peuvent conduire à la dégradation des prises en soins
 - L'opportunité de renforcer la fluidité de la gestion des lits et des usagers : **l'activité de coordination et d'appui aux parcours complexes** avec le recrutement d'infirmiers coordinateurs (projet du groupe de travail sur les parcours complexes)
- Les équipes mobiles :
 - de pédopsychiatrie ;
 - de gérontopsychiatrie ;
 - de coordination avec le médico-social (EMMS) ;
 - psychiatrie précarité ;
 - EPIC
 - ORCHESTRA
- Le SIREM, département d'information médicale de l'établissement ;
- L'activité de **réhabilitation** (Perspectives, services d'accueil thérapeutique et appartements associatifs)

SCHEMA DE L'ORGANISATION DE L'OFFRE CIBLE AU SEIN DU CH DE CADILLAC



Une nouvelle gouvernance

Dans l'organisation partagée ainsi entre une offre sectorielle et une offre transversale étoffée et opérante, la **gouvernance a nécessairement été retravaillée pour guider la modernisation de l'établissement** et repose sur deux orientations fortes :

- La mise en place d'une gouvernance à l'échelle du territoire
- La refondation de la gouvernance du Centre Hospitalier de Cadillac

Le premier de ces deux volets va se traduire par l'élaboration d'une **charte de fonctionnement de la direction commune** qui sera présentée aux instances de chaque établissement concerné.

Le second volet vise à définir les **principes de gestion qui prévaudront au CH de Cadillac** dans le respect des cadres législatifs et réglementaires applicables aux établissements publics de santé et aux établissements médico-sociaux. Le Centre Hospitalier réaffirme ces principes dans une charte de gouvernance. Elle s'inscrit dans le cadre législatif posé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et au territoire et consacre **les pôles comme un outil majeur de réorganisation de la gestion hospitalière**. La mise en place d'une **véritable gestion par pôle doit permettre la mise en place d'une organisation plus efficace** grâce à une association forte des équipes médico-soignantes au fonctionnement des services. L'établissement réaffirme aussi le processus décisionnel au sein d'un établissement qui intègre une logique de direction commune, malgré une intégration encore en demi-teinte de la fusion entre les sites de Langon et La Réole.

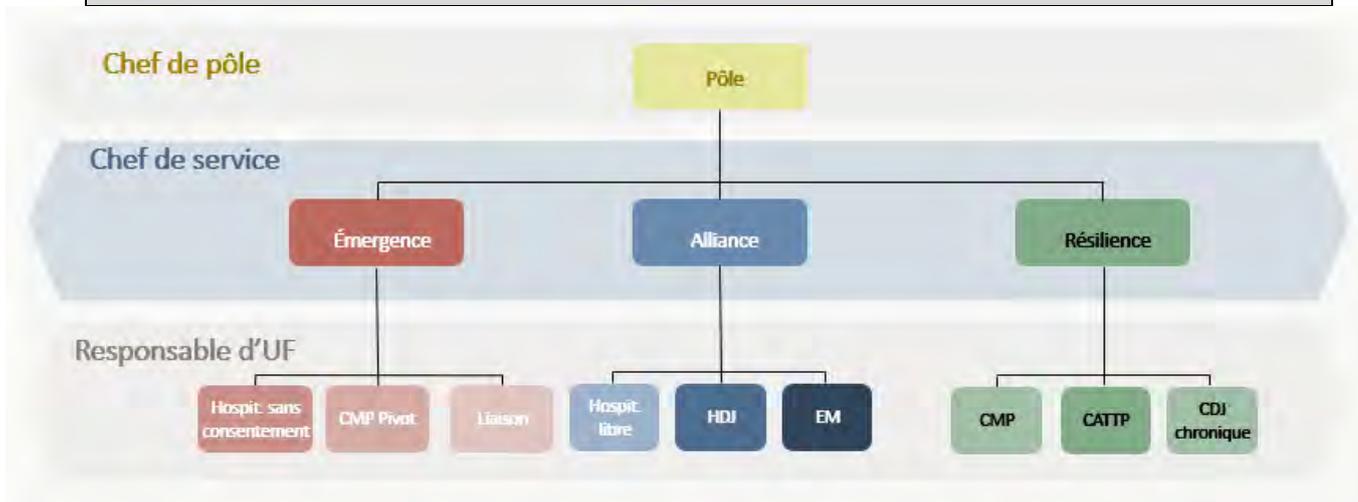
Cette charte prend aussi en compte la nouvelle structuration de la gouvernance instituée par la circulaire du 6 août 2021 « Mieux Manager pour mieux soigner ». Cette circulaire émanant de la DGOS permet à l'établissement de proposer à l'ARS un projet de réorganisation autour des services. Elle vise à mettre en œuvre le pilier 3 du

Séjour de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr. Olivier CLARIS.

L'application de cette circulaire intervient notamment en complément de la Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi « Rist ». Pour l'établissement, ces nouvelles directives signifient qu'il va **remettre le service et le chef de service au cœur de l'hôpital**. Les services du Centre hospitalier de Cadillac deviennent l'échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins et d'encadrement et les chefs de service sont reconnus légalement, après avoir été écartés de la gouvernance par la Loi HPST² pour rapprocher logiques budgétaires et logiques médicales. Ce management tourné vers la participation la plus mobilisatrice possible donne de la **souplesse dans le fonctionnement et l'organisation** de l'établissement. Il incite l'établissement à **élargir ses directoires** (organes collégiaux de gestion), aux soignants, aux étudiants en médecine et aux usagers et à intégrer dans son projet des objectifs managériaux.

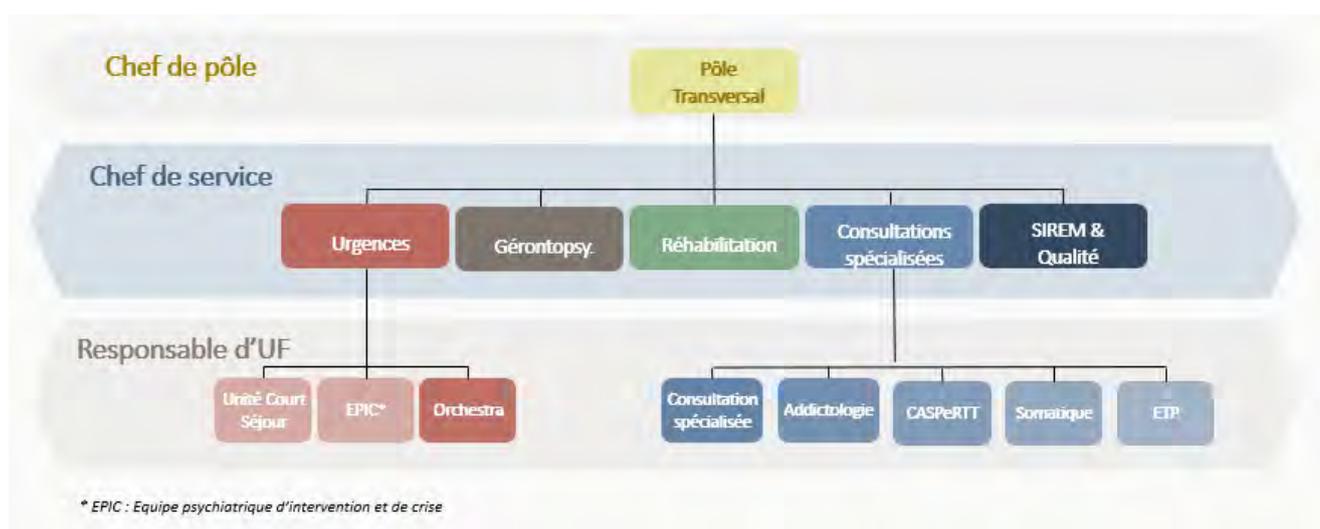
Cette réorganisation se décline au niveau fonctionnel au sein de chacun des pôles de psychiatrie générale A, B et C :

SCHEMA ORGANISATIONNEL DES POLES A, B ET C



Le pôle transversal : se déclinera de la manière suivante :

SCHEMA ORGANISATIONNEL DU POLE TRANSVERSAL



² Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 dite HPST les avait

L'établissement inscrit ses priorités de management dans la ligne des recommandations de la mission ministérielle autour des axes suivants :

- **Revaloriser et réinvestir les services de soin**, conforter le binôme directeur/président de commission médicale d'établissement (PCME) :
 - o Organiser les soins en services, nommer des chefs de service,
- **Clarifier et associer les professionnels aux décisions**,
 - o Proposer une communication régulière et un suivi précis par les Directeurs du projet médical (constitution du comité de suivi)
- **Redynamiser les instances de gouvernance**,
 - o Proposer un élargissement de la participation des instances, réinvestir le collège médical
- **Proposer des parcours managériaux aux responsables médicaux**,
 - o Mettre en œuvre des parcours clarifiés, notamment de formation, un accompagnement de la Direction
- **Mettre en œuvre des délégations de gestion fortes**,
 - o Clarifier et harmoniser les temps dédiés à la chefferie de pôles, de service, les valoriser
- **Simplifier et redonner du sens au quotidien des soignants**,
- **Impulser de nouvelles dynamiques partenariales au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT)**, (par exemple en reprenant les travaux à faire dans le cadre du GHT et du GCS)

Ces recommandations impliquent donc pour l'établissement :

- D'assurer un pilotage précis et une évaluation adaptée des axes pour lesquels le CH de Cadillac est pilote **ou co-pilote**
- D'assurer une présence des professionnels **accompagnés d'un référent de Direction** sur les sujets concernant le GHT, et les réunions avec les partenaires et les tutelles
- De poursuivre des réunions régulières avec l'ARS sur le suivi de ces sujets
- De simplifier les processus nationaux.

3. La mise en œuvre des plans de soins améliorés et coordonnés

La co-construction des parcours des patients autour du plan personnalisé de coordination en santé (PPCS)

Dans un souci d'amélioration du parcours de santé des usagers, la Haute Autorité de Santé a élaboré en 2019 le Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) afin de faciliter l'échange de données entre les professionnels. Véritable outil d'amélioration des pratiques professionnelles, il nous permettra collectivement d'améliorer, de sécuriser et de simplifier le parcours de santé de l'usager sur notre territoire en planifiant et personnalisant les prises en charge complexes. Il facilitera le travail en commun des professionnels tout en prenant appui sur la (les) compétence(s) de la personne concernée et de son entourage.

Le PPCS se construit rationnellement avec l'usager dont il recueille la parole, et met en exergue les savoirs expérientiels. Il tient compte des valeurs, des attentes et des choix éclairés de la personne et de son entourage et propose une prise en charge concertée holistique du patient.

Il facilitera le développement d'une culture commune de la coordination, en partageant les bonnes pratiques collectives autour des situations complexes.

La mise en place du PPCS est cependant assujettie au développement du numérique en santé pour une nécessaire dématérialisation de l'outil.

Le parcours coordonné de périnatalité, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte

La crise sanitaire débutée en 2020 a mis en tension le système de soins et fragilisé les équipes de pédopsychiatrie, confrontées à une multiplication des demandes :

- des tensions importantes sur les ressources notamment médicales
- des profils de demandes qui évoluent avec des personnes chroniques qui décompensent et très agissants et des préadolescents avec des conduites suicidaires ou des profils anxiodépressifs, plutôt féminins. Ces constats soulignent un besoin d'ouvrir les propositions vers des alternatives ambulatoires pour les 16-25 ans, car l'âge ne doit pas être un critère essentiel de prise en charge et que l'hospitalisation doit constituer le dernier recours.
- **Une forte demande en urgence psychiatrique, pour laquelle l'urgence doit être distinguée de la crise** (orientation vers le non programmé) et les difficultés à hospitaliser directement les patients sans passage par les urgences (lits du CH C. Perrens).

L'établissement réaffirme sa volonté de promouvoir les dispositifs spécifiques et innovants, en complément des dynamiques sectorielles et territoriales initiées. Lorsque le besoin est repéré, ces propositions peuvent offrir un recours réactif pour les secteurs et les pôles, y compris par le déplacement des équipes et la mobilisation de multiples partenaires.

L'établissement se propose de développer les projets suivants :

Mettre en **place un dispositif de psychiatrie périnatale de proximité** en Sud Gironde. Il s'agit de transformer l'offre existante en matière de psychiatrie périnatale sur le territoire du Sud Gironde, et de la renforcer en vue de proposer une offre de soins coordonnée sur le département et graduée permettant un accès à des soins de psychiatrie périnatale de proximité et de premier niveau. Le développement de cette offre de soins, pensée à la lumière de la feuille de route des « 1000 premiers jours » présidée par B. Cyrulnik, comprendra **deux branches principales** :

La première est la **constitution à court terme d'une Equipe pluriprofessionnelle de Psychiatrie Périnatale de Proximité (Eq4P)**, en capacité d'intervenir à la fois à la maternité, en CMP et CATTp mais aussi à domicile, en s'appuyant sur le dispositif existant de consultations en périnatalité et en l'étoffant. **La seconde** est la **création d'un hôpital de jour mère-enfant**, en capacité de proposer des soins conjoints parents-bébé dans un lieu adapté et avec une équipe mixte spécialement formée, en lien avec les professionnels de la périnatalité.

Pour compléter ce dispositif, et pour mieux répondre aux besoins spécifiques des territoires, l'établissement souhaite **créer une unité mobile psychiatrique périnatalité et petite enfance** dans l'infra-territoire de l'Entre-deux-Mers-Bordeaux Rive Droite. Ce projet qui répond à des problématiques locales identifiées d'inégalité et de difficultés d'accès aux soins psychiques pour des populations en grande précarité psychosociale, propose la mise en place d'un dispositif complet de prévention et de soins précoces et périnataux. Les interventions à domicile, le soutien aux CMPPE, en complément des **dispositifs thérapeutiques déjà existants et le renforcement de la prévention et de la lutte contre la stigmatisation constituent des points de repères articulés avec les objectifs de l'établissement d'ancrage et d'ouverture sur les populations de son territoire.**

Dans son rôle de pilote de l'action 6 du PTSM « **Prévenir les ruptures de parcours scolaire des adolescents et favoriser leur accès aux soins** », l'établissement a obtenu des financements pour créer une équipe mobile pour adolescents non demandeurs sur le sud-gironde. Ce dispositif innovant répond au constat d'une demande saturée qui freine l'accès au diagnostic et aux soins. Il cible tout particulièrement un profil de population en difficulté sur un territoire rural et éloigné des dispositifs d'urgences et d'hospitalisation complète. Les professionnels s'engagent ainsi sur des durées d'intervention courtes et proposent des méthodes intensives et de proximité, en phase avec les enjeux pour ces populations fragiles et avec le niveau de demande important.

L'établissement souhaite également inscrire de manière prioritaire la prévention, le repérage, la coordination des prises en charge et de l'orientation des patients jeunes aux parcours complexes en promouvant des dispositifs souples, mobiles et privilégiant les techniques de case management. En effet, une importante revue de dossiers a mis en avant que **27% de la file active des CMPEA** est complexe en 2020 (355 patients sur 1303

patients). Cet objectif est décliné avec la **création d'une équipe transdisciplinaire regroupant des acteurs du champ médical et social pour prendre en charge spécifiquement les patients entre 16 et 25 ans présentant une première décompensation psychiatrique (projet ORCHESTRA).**

En complément de ce dispositif mobile, l'établissement identifie le besoin de créer **une offre de crise en hospitalisation de jour à destination des adolescents, en alternative aux passages aux urgences** dans un contexte de tension au lendemain de la crise covid. Cette proposition, articulée avec la structuration de la filière urgence répond à un besoin d'allègement de structures, qui sont, de surcroît, non spécialisées dans la prise en charge de ce type de population.

Enfin, le dispositif se complète dans le Sud Gironde, avec **6 lits d'hospitalisation destinés à prendre en charge les 12-16 ans**, avec des moyens dédiés accordés pour accueillir cette population dans des conditions adaptées à leurs besoins spécifiques.

Aussi, **le repérage et la prise en charge des étudiants, adolescents et jeunes adultes en souffrance psychique sont prévus par l'établissement.** Devant la croissance régulière de la demande de consultations en CMP de la part des étudiants depuis l'implantation du Campus Bordeaux Bastide il y a une dizaine d'années, et l'accélération de ce phénomène durant la crise COVID, l'établissement inscrit dans ses objectifs le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements et prévention du risque suicidaire de cette population fragile, particulièrement **dans le secteur Bordeaux Bastide.** En effet, cette population est très exposée à l'émergence de détresses psychologiques et de troubles psychiatriques en lien avec cette période de transition vers l'âge adulte, avec les pertes de repères, l'isolement, le déracinement, la précarité financière, les incertitudes sur l'avenir, les exigences de la réussite universitaire. L'accompagnement soutenu des psychologues et la consultation avancée d'un infirmier du CMP dans les locaux du CROUS, ainsi qu'un partenariat plus large et plus soutenu entre les associations, l'Université et l'Hôpital de Cadillac, constituent des priorités pour répondre à cet enjeu.

Coordonner le parcours de soins de la personne adulte et de la personne âgée

Une couverture du territoire pour répondre aux urgences et aux demandes de soins non programmés

Au-delà de l'enjeu de prévenir et réduire les passages aux urgences psychiatriques, grâce à une gestion des flux organisée et au développement de filières de prise en charge dédiées au soin non programmé, l'établissement souhaite structurer des filières de prises en charge des urgences fiables, tracés et sans rupture.

Cet enjeu est fortement inscrit dans le PTSM de juillet 2019 dans les priorités 4 (« la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ») et 1 (« Repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »). Par ailleurs, l'établissement a mené des réflexions et une étude des filières actuelles en lien avec le CH Charles Perrens afin de conventionner avec l'unité et a clarifié le rôle territorial du SECOP et de ses 11 lits-portes destinés à accueillir les patients sur la Métropole de Bordeaux.

L'établissement réaffirme la nécessité de prévenir les passages aux urgences évitables et de prendre en charge de préférence en ambulatoire les usagers qui font face à une urgence ressentie. Cette ambition est déclinée à plusieurs niveaux :

- Au niveau de la mise en œuvre des CMP pivot avec accueil inconditionnel
- Au niveau de la mise en œuvre des HDJ de crise
- Au niveau des équipes de liaisons qui souhaitent élargir leurs horaires
- Au niveau de la coopération avec les établissements partenaires siège de services d'urgence :
 - Consolidation des coopérations pour améliorer les faciliter les admissions directes avec les cliniques de la métropole est et sud (clinique des 4 pavillons, nouvelle clinique du Tondu, BAHIA)
 - Renforcement du parcours psychiatrique aux urgences du CH sud-Gironde : ce renforcement est essentiel à la structuration de la filière urgence sur le sud-Gironde

La mise en place d'une convention actualisée avec le SECOP, la priorisation et la formalisation des critères d'admission au sein de l'UCS, la collaboration avec Vigilans³ et la poursuite de la participation aux groupes d'analyse de pratiques Pégase⁴ constituent des actions phare que l'établissement souhaite inscrire en priorité pour sécuriser cette filière sensible.

Une attention particulière sera apportée à la prise en soin des personnes âgées : en lien avec l'unité Parchappe, au parcours des suicidants, aux premières crises psychotiques, et aux primo-arrivants

Une réponse en proximité et d'excellence, permettant la prévention et l'accompagnement des publics les plus fragiles

Une ambition forte réaffirmée par l'établissement est que toute personne en tout point du territoire doit trouver une réponse dans un temps et un lieu adapté.

L'établissement est particulièrement concerné par la prévention de la chronicisation des séjours hospitaliers et des ré-hospitalisations inadéquates, au regard du nombre important de séjours inadéquats observés dans les unités d'admissions. Une centaine de patients sont concernés en 2021 par ces situations d'hospitalisation prolongée inadéquates, particulièrement délétères pour leur autonomie future et leur maintien dans la cité, et qui entraînent également une embolisation de lits d'hospitalisation pour les patients en nécessitant.

L'établissement souhaite donc inscrire prioritairement l'accompagnement de ces publics et la prévention de ces situations. Il souhaite créer une **équipe mobile en charge de la gestion des parcours au service des patients hospitalisés au long cours, des patients de CMP en prévention des situations de vulnérabilité**, des résidents d'établissements partenaires. Cette équipe s'inscrira en appui et en coordination des actions déjà existantes menées par les professionnels de premier recours. Cette équipe a pour vocation d'intervenir **en amont de l'hospitalisation** afin de construire avec les personnes des réponses inclusives, pluridimensionnelles, modulaires et modulables dans le parcours de soins.

La distinction des prises en charge des patients chroniques et des patients en crise dans des structures dédiées d'hôpital de jour de crise, de centre d'accueil de jour et de centre d'activités thérapeutiques à temps partiel

Devant le constat d'une chronicisation croissante d'un grand nombre de patients dans les hôpitaux de jour, l'établissement souhaite renouveler l'offre d'hôpitaux de jour « dynamiques » apportant une prise en soin intensive. Cette prise en charge spécifique s'articulera autour de l'évaluation et la prise en charge de la crise chez des patients connus ou non des services de psychiatrie, présentant un 1er épisode ou une décompensation d'une pathologie chronique, y compris des idées suicidaires. La création de centre de jour permettrait quant à elle d'assurer un suivi et un étayage au long cours à visée thérapeutique, psychoéducative, de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive par l'intermédiaire de médiateurs thérapeutiques appropriés à cette population.

Cette reconfiguration de l'offre amène plus particulièrement le pôle B à mettre en place un accueil de jour intensif et réactif (AJIR) et les autres pôles à mettre en place des hôpitaux de jour « dynamiques » orientés vers la prise en charge de crise.

Pour compléter la palette des outils ambulatoires mis à disposition des populations, l'établissement inscrit également le développement des activités thérapeutiques à visée de réinsertion au sein des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Elle souhaite par-là maîtriser au mieux l'utilisation de cet outil, parfois amalgamé avec l'hôpital de jour, et recentrer son rôle dans la prévention de l'isolement et de la perte des capacités relationnelles affectives ou cognitives.

³ Ce dispositif consiste en un système de recontact et d'alerte en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle (sources : Ministère des Solidarités et de la Santé)

⁴ Le programme Pégase processus est développé par un Centre de psychothérapie, de formation et de recherche qui promeut le développement qualitatif des pratiques relationnelles dans le domaine de la santé mentale- notamment.

La création d'une offre d'hospitalisation à domicile

Cette offre permettrait de proposer une alternative à l'hospitalisation conventionnelle qui peut se mettre en place rapidement dans un délai de 24h à 48h. *L'hospitalisation à domicile propose des soins intensifs dans la cité au plus près du quotidien du patient. L'établissement souhaite pouvoir compléter son offre dans une approche résolument domiciliaire au plus proche des objectifs de réinsertion et de rétablissement de l'usager.*

La structuration de la filière de gérontopsychiatrie : hospitalisation complète, de jour, équipe mobile et télé-médecine

Les personnes âgées atteintes de troubles mentaux bénéficient actuellement d'un accompagnement qui ne couvre pas la totalité des besoins et qui n'est pas assez spécifique. En effet, de nombreux EHPAD (en particulier hors métropole) ne répondent pas à la demande des patients âgés, qui, parmi les 4100 personnes âgées résidant dans ces structures, ont des antécédents psychiatriques. Par ailleurs, en 2021, la moitié des patients dans l'unité de gérontopsychiatrie souffre de démence sans pathologie psychiatrique associée. Devant ce constat, l'établissement souhaite aussi porter un projet dynamique et fédérateur pour améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel de cette filière. Dans ce cadre l'établissement souhaite souligner la nécessité de s'inscrire dans la filière gériatrique du CH Sud Gironde. Ce partenariat facilité par l'appartenance des établissements à une Direction commune vise à prendre en charge de manière fluide un public confronté à des comorbidités et des facteurs de fragilité qui nécessitent une articulation étroite entre la filière gérontologique et la filière psychiatrique.

Pour soutenir le parcours coordonné des usagers, l'établissement développera fortement les liens avec les établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment sur le territoire sud girondin : le Centre Hospitalier du Sud Gironde, disposant d'une UHR, le Centre Hospitalier de Bazas, le pôle Public médico-social Monségur (SSIAD, FAM, EHPAD), le centre de soins - maison de retraite de Podensac et les EHPAD du territoire.

Pour les personnes âgées, l'accès aux soins psychiatriques constitue un des freins principaux à leur rétablissement ou à leur stabilisation, *a fortiori* lorsqu'il s'agit d'un enjeu de leur maintien à domicile ou en structure. Les soins de rééducation sont également ciblés par l'établissement comme prioritaires car ils font face à une pénurie critique de masseurs kinésithérapeutes. Le niveau des demandes et la permanence du besoin engage l'établissement à réfléchir à des possibilités de pérenniser les interventions des professionnels au sein des unités (recrutements de professionnels (kinésithérapeutes, orthophonistes...) ou convention avec soignants libéraux, avec potentiellement des partages de ces temps avec d'autres unités selon les besoins.

Le parcours des patients de la filière médico-légale

Le pôle médico-légal du CH de Cadillac revêt un rayonnement national : il propose un accompagnement très spécifique des patients et fait l'objet d'un suivi précis sur des thématiques sécuritaires. L'établissement entreprend des travaux immobiliers importants pour réhabiliter les locaux et améliorer les conditions d'accueil des usagers hospitalisés. C'est un levier majeur de **respect des droits des patients et la promotion de la bientraitance**. L'établissement fait de ce dernier volet une priorité pour ces parcours spécifiques en développant les formations, d'analyses de pratiques (réunions d'échanges entre équipes médico-soignantes des UMD autour de cas cliniques complexes) et la poursuite de réflexion autour de certains accès (téléphone, internet...). Parmi ces mesures, l'ouverture d'un point d'accès au droit (PAD) au sein de l'UMD permettra d'informer et d'accompagner les patients dans leurs démarches administratives ou juridiques et de faire évoluer la pratique juridique au regard du public particulier de l'UMD, dès la première année du dispositif. L'établissement souhaite également donner davantage de place aux familles, avec la mise en place d'un groupe de parole à destination des familles à l'UMD de Cadillac, un lieu d'échanges, de rencontre et d'apprentissage pour les proches de patients hospitalisés.

Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins sur l'Unité de Soins Intensifs psychiatriques (USIP) qui accueille des patients en provenance des 3 CH spécialisés du département (parfois hors département), l'établissement souhaite mettre en place des entretiens médico-soignants filmés. Ce dispositif

innovant, pour lequel une publication scientifique est envisagée, vise à améliorer « l'insight » des patients accueillis, c'est-à-dire leur conscience du trouble et de la nécessité des soins. Il permet aussi aux patients d'adopter davantage de recul sur leur état clinique à l'admission et en fin de séjour.

Les patients de ces filières, notamment dans l'Unité pour Malades Difficiles (UMD), souffrent plus fréquemment de pathologies difficiles ou résistantes qui nécessitent des précautions particulières sur lesquelles l'établissement met l'accent, ainsi que l'accès aux soins somatiques. Pour cela, la télémédecine et les fonctions de pratiques avancées (IPA) sont mobilisées pour améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées et sur le double volet santé mentale et addictologie (sur l'UMD) et l'accès aux soins somatiques. L'IPA s'attachera en particulier à mettre en place des actions d'éducation, de prévention et de diagnostic auprès des patients de l'UMD, qui pourront donner lieu à la production de données professionnelles et scientifiques. Sur le volet somatique, l'IPA interviendra sur les 5 domaines d'intervention définis (oncologie, dialyse, urgences, psychiatrie et pathologies chroniques stabilisées et polyopathie courante en soins primaires) et notamment sur la prise en charge de la douleur. Ces modalités d'exercices privilégient le travail en collaboration avec le médecin généraliste, mais aussi avec le psychiatre et l'interne, dans des temps d'échange pluridisciplinaires.

Initié par le SMPR de Bordeaux, l'établissement participe également à la création d'une unité intersectorielle ambulatoire – l'Unité Médico-Psychologique Judiciaire de Gironde (UMPJ33) - répartie sur 3 sites (Bordeaux, Libourne, Langon ou Cadillac) qui vise à améliorer l'évaluation et la prise en charge des personnes en soins pénalement ordonnés (SPO) en Gironde.

Par ailleurs, fort d'une expérience nationalement reconnue dans les domaines de la Psychiatrie Médico-légale et de la Criminologie, le Pôle de Psychiatrie Médico-Légale de Cadillac souhaite faire connaître ces activités en proposant une journée d'accueil des étudiants sur le pôle et plus largement en formant, informant et en faisant évoluer les pratiques des étudiants et du personnel soignant du Centre Hospitalier de Cadillac. A l'instar des leçons du Mardi de Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière ou des Mercredis d'Henri Ey à Saint-Anne, le Pôle de Psychiatrie Médico-Légale de Cadillac possède un riche passé d'enseignement clinique et théorique, au travers de ses séminaires, de sa participation à des formations universitaires et de l'accueil de promotions d'élèves magistrats ou de l'administration pénitentiaire. L'objectif est d'offrir aux personnels soignants et aux étudiants du Centre Hospitalier de Cadillac une formation clinique et théorique en Psychiatrie Médico-Légale. Ces rencontres trimestrielles, sur une demi-journée, seront ouvertes à tous les courants, sans faire l'impasse sur aucune des dimensions biologique, sociologique, psychologique, anthropologique, criminologique et philosophique.

Enfin, l'unité d'électro convulsivothérapie (ECT), située dans le Pôle de Psychiatrie Médico-Légale prend en charge des patients de l'ensemble des pôles cliniques du Centre Hospitalier de Cadillac, et accueille également des patients adressés par des établissements hospitaliers d'autres départements (notamment Vauclaire, Agen, Mont-de-Marsan).

L'ECT consiste à provoquer une crise convulsive au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne au cours de plusieurs séances. Elle nécessite la participation d'un médecin psychiatre, d'un médecin anesthésiste et d'une équipe paramédicale, le traitement étant réalisé sous anesthésie générale brève et curarisation. Son efficacité est reconnue dans les recommandations et la littérature médicale pour les troubles psychiques les plus sévères ou répondant peu au traitement pharmacologique (dépression majeure, manie résistante, certaines formes de schizophrénie). L'ECT peut être réalisée pour des patients hospitalisés ou en ambulatoire, le consentement du patient et/ou de son entourage étant toujours recherché après information complète et adaptée.

Après plusieurs séances à visée curative d'une pathologie, l'ECT de consolidation ou d'entretien peut être indiquée pour prévenir les rechutes précoces ou les récidives. Ce traitement repose sur des séances d'ECT progressivement espacées entre une et huit semaines.

Notre établissement vient de se doter d'une nouvelle unité ECT, plus accueillante et fonctionnelle, avec un espace d'hospitalisation de jour pour les personnes venant de leur domicile. Cette unité est aussi agréée pour la

validation du stage pratique du Diplôme interuniversitaire « *Pratique et théorie de l'électro convulsivothérapie et de la stimulation magnétique transcrânienne* ».

Le développement des soins somatiques

L'établissement souhaite renforcer l'accès à la prévention et aux soins somatiques généralistes et de spécialité tout au long du parcours de soins. En effet, les patients souffrant de troubles psychiatriques présentent des comorbidités fréquentes et des risques d'iatrogénie qui justifient des soins somatiques accrus. Pourtant, les usagers n'ont pas tous accès à ses soins et à un suivi adapté, ce qui constitue un frein à leur rétablissement. Les différentes études réalisées mettent en lumière une part importante de patients n'ayant pas déclaré de médecins traitants, un faible accès aux actes de prévention classique, de dépistage, de vaccination, un suivi somatique insuffisant et irrégulier. La diminution de leur espérance de vie n'est plus non plus à démontrer.

L'établissement fait donc de la prise en charge somatique une priorité absolue, tant dans sa dimension préventive que curative. Il s'agit pour l'établissement d'un enjeu aussi bien de la qualité et de la sécurité des prises en soins proposées au sein de l'établissement, que de rétablissement et d'insertion pour les usagers.

Par ailleurs, cette thématique est également un axe du PTSM jugé prioritaire. L'établissement souhaite s'y engager activement à la fois en étant pilote de ce groupe de travail et en renforçant au sein même de sa structure l'accès à des soins somatiques de qualité, et ce, tout au long du parcours de soins des patients.

Cet objectif est décliné au travers de différentes actions en intra hospitalier et en extra hospitalier.

L'intervention d'une équipe étoffée de médecins somaticiens, des plans de formation dédiés et le développement d'actions d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé sont prévus au sein de l'établissement. En ambulatoire, le centre hospitalier de Cadillac souhaite structurer une équipe mobile de soins somatiques (médecin, IPA) réalisant un bilan somatique et initiant un relai des prises en charge vers un médecin libéral. Il s'agit d'un projet s'intégrant dans la mise en œuvre des CMP pivots, en parfaite cohérence avec le virage ambulatoire et la promotion de l'*empowerment* qu'entreprend l'établissement.

Par ailleurs, **le développement de l'accès à la médecine de spécialité** est un levier que ne peut négliger l'établissement, en proposant de la télémedecine, des consultations avancées notamment de gynécologie et de gastro-entérologie, ainsi que des conventions au sein de la direction commune, du GHT mais aussi de partenariats avec les établissements privés.

Le développement de l'accès aux professionnels paramédicaux (par le biais de conventionnements avec des praticiens libéraux) notamment les soins orthophonistes (surreprésentation de troubles de la déglutition chez l'adulte ; bilans d'évaluation et de suivi en pédopsychiatrie) et les soins kinésithérapeutiques (rééducation post-traumatique ou kinésithérapie respiratoire)

Le centre Hospitalier s'engage également **à améliorer les transferts** depuis et en direction des services d'accueil des urgences (SAU). Cette orientation se traduira d'une part par la formalisation de temps d'échanges sur les pratiques respectives devant mener à la mise en œuvre de protocoles de prise en charge coordonnée. D'autre part, la création de parcours de soins coordonnés et la mise en œuvre d'une convention de coopération permettront d'améliorer la fluidité et les coopérations de ces parcours.

La réouverture du cabinet dentaire du site central, fermé depuis 1 an et pour lequel locaux et personnels sont bien identifiés est aussi prévu.

Le développement de la qualité des services de pharmacie

La prise en charge pharmaceutique est également un axe majeur qui s'intègre dans la prise en soins du patient. Il apparait aussi nécessaire de réduire les risques d'iatrogénie, les effets secondaires et de contribuer à la

qualité/efficacité/pertinence des soins. Pour cela, l'établissement souhaite développer les préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH) dans les unités de soins, harmoniser les pratiques de la prise en charge médicamenteuse (PCM) en CMP, déployer les activités de pharmacie clinique.

Le déploiement des activités de pharmacie clinique répond à différents constats : l'analyse pharmaceutique à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) peut être à l'origine d'émissions d'Interventions Pharmaceutiques (IP) non pertinentes au regard d'un contexte clinique non ou mal renseigné dans le dossier du patient. Il est clairement établi que les activités de prise en charge décentralisées ont plus d'impact en terme de réduction des coûts, de prévention d'iatrogénie et d'optimisation thérapeutique. Par ailleurs, le taux d'acceptation des IP émises lors de l'analyse pharmaceutique est seulement de 59% en 2020 et l'analyse pharmaceutique d'une prescription réalisée sans Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) d'entrée consomme plus de ressources pharmaceutiques.

Il est reconnu que la participation pharmaceutique aux réunions cliniques (hebdomadaires en gérontopsychiatrie et mensuelles dans les unités du Pôle de Psychiatrie Médico-Légale) apporte un gain de temps et des données complémentaires pour l'analyse des prescriptions. Par ailleurs, Les Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) portant sur les traitements des patients ont démontré une optimisation thérapeutique, une maîtrise des coûts et un impact immédiat sur la PCM. Au-delà de l'analyse pharmaceutique de masse à visée sécuritaire, les RCP permettent de faire un point sur la pertinence et l'efficacité des traitements en cours.

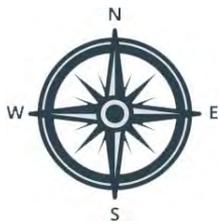
Ainsi, l'établissement souhaite s'engager à moyen terme pour **offrir la possibilité à chaque patient hospitalisé de bénéficier de façon personnalisée de l'ensemble des activités de pharmacie clinique** (mise en œuvre a minima du bilan de médication voire d'un PPP). Ce projet qui apporterait beaucoup à la qualité de prise en charge nécessite l'achat du module de conciliation de DX-Care®, et l'accès aux fonctionnalités du « bilan médicamenteux » de Paaco-Globule, ainsi que la mise à disposition de temps pharmacien dans une, voire plusieurs unités d'admission.

Par ailleurs, un projet de grande ampleur et d'ambition consisterait à proposer **l'automatisation de la dispensation des médicaments** pour pallier le manque d'identification des médicaments dans les piluliers induisant un risque d'erreurs médicamenteuses. Ce projet nécessitant des financements de grande ampleur s'inscrit dans un calendrier à moyen terme.

De manière plus spécifique, **le diagnostic et la prise en charge du syndrome métabolique** est réaffirmé comme une priorité au sein de l'établissement d'autant plus que les antipsychotiques peuvent être à l'origine de l'apparition ou de l'aggravation d'un syndrome métabolique responsable de surmortalité.

4. Assurer une prise en charge de qualité en addictologie pour l'ensemble des usagers du territoire

Dans l'optique de faciliter un accès à tous les patients souffrant de pathologies addictives qui en feront la demande, de proposer un accès plus rapide, simplifiant le parcours patient, diminuant les délais d'accès aux soins, tout en continuant d'offrir un soin de proximité, au plus près du patient, maillant tout le secteur, il semble indispensable de proposer un projet effectué en lien avec le CH du Sud Gironde et le niveau 3 d'addictologie du territoire (Pôle inter-établissements d'Addictologie du CHU Pellegrin). Le dispositif envisagé associerait 12 lits de sevrage simple et complexe en unité modulable (fermée / ouverte) sur le CH de Cadillac dédiés à la prise en charge de patients souffrant d'une addiction et présentant une comorbidité psychiatrique, relevant de soins sous contrainte ou libres. Cette offre de soins (lits de sevrage complexe en service fermé) n'existe nulle part à ce jour sur la Nouvelle Aquitaine. L'établissement prévoit sur cette unité d'hospitalisation l'accueil d'une file active annuelle de 100 patients (12 lits / taux d'occupation de 100 %) qui représenterait un gain estimé de 4 000 journées annuelles d'hospitalisation sur le CH de Cadillac.



Axe 3 : Partager et développer son expertise avec tous les acteurs du territoire dans le cadre de partenariats afin d'améliorer les réponses aux patients

1. Structurer la gouvernance territoriale du CH de Cadillac : le pilotage des travaux du PTSM, du GCS PP 33 et CLSM

Le Centre Hospitalier souhaite inscrire les dynamiques d'établissement, illustrées par les projets innovants et ambitieux menés, au-delà de l'établissement, en articulation étroite avec les acteurs du territoire, mais aussi les représentants d'usagers/familles du Centre Hospitalier de Cadillac. Cette ambition exige un soutien et un portage fort de la Direction pour promouvoir l'intervention sur le territoire du CH Cadillac et au-delà, au niveau départemental et national (médico-légal, UMD...) avec une logique d'intervention localisée ou par filière de prise en charge graduée, en articulation avec les acteurs du territoire.

Les priorités de l'établissement portent en premier lieu sur les sujets dont elle assure le pilotage ou le copilotage au titre de sa participation à plusieurs niveaux (CLSM, au PTSM, au GCS PP 33 ou au GCS Rive de Garonne ainsi qu'au projet médical partagé du GHT). Il s'agit d'assurer un pilotage précis et une évaluation spécifique des axes pour lesquels le CH de Cadillac est pilote ou co-pilote. Ce suivi concerne spécifiquement les fiches actions 6, 8, 10 et 13 qui sont pilotées en autonomie par l'établissement. Ce suivi s'appliquera aussi aux actions dont le pilotage revient à des groupements dont le CH de Cadillac est membre (fiche action 2, 5, 7, 9, 12 et 22).

Par ailleurs, les professionnels de l'établissement participent à de nombreux projets soit au sein des Contrats locaux de santé mentale, soit au sein du GCS, mais garde un sentiment que l'établissement est parfois absent sur des sujets majeurs. Les pôles de l'établissement devront dorénavant assurer une participation plus homogène à ces projets et en rendre compte, tandis que l'établissement soutiendra institutionnellement les sujets stratégiques les professionnels.

Cette ambition se déploiera autour de 4 leviers clés :

- **Former, Sensibiliser et Mobiliser** les professionnels par l'acculturation aux logiques de gestion de projets, de prévention et aux dispositifs territoriaux
- **Construire une structuration interne de portage des actions territoriales** (PTSM, CLS, CLSM, GCS et CPTS...) avec des groupes de professionnels ressources identifiés assurant la représentativité de la thématique pour l'établissement et référent au sein de l'établissement et auprès des acteurs extérieurs au moyens notamment d'outils de pilotage et d'indicateurs régulièrement partagés avec les partenaires. Dans ce cadre, il s'agit d'assurer un lien régulier avec la coordinatrice du Projet Territorial de Santé Mentale 33 et d'organiser des échanges réguliers avec les responsables médicaux et soignants
- **Proposer un accompagnement à la gestion de** projets intégrant une procédure de dépôt des projets et un accompagnement au suivi de ceux-ci pour soutenir les professionnels dans les projets et assurer leur viabilité sur le plan opérationnel et financier, tout en rendant compte aux organismes de tutelles et aux partenaires par une communication régulière.
- **Mettre en place une direction des projets et coopérations** afin de soutenir la structuration interne, le pilotage des projets et faciliter les coopérations externes. Elle sera garante du portage institutionnel de ceux-ci, levier qui est ressorti comme indispensable de l'avis des professionnels pour répondre aux sollicitations des divers partenaires et des tutelles.

2. Développer et structurer la recherche au sein de l'établissement. Améliorer et soutenir les missions d'enseignement et de formation

Le Centre hospitalier de Cadillac fait le constat d'un manque de pérennisation et de partage des initiatives et projet en matière de recherche et d'innovation, tant en interne qu'à l'extérieur de l'établissement. Les dynamiques universitaires et de recherche sont actuellement concentrées sur un nombre limité de projets et impliquent un nombre restreint de personnels soignants. Or, l'implication d'un plus grand nombre de professionnels est un point clef de l'amélioration des pratiques et de l'innovation au sein de l'établissement. L'établissement réaffirme le portage institutionnel fort de cette démarche, en lien avec le développement de démarches communes avec le centre de référence universitaire du CHU de Bordeaux, avec le Groupement Hospitalier de territoire et avec le CH Charles Perrens qui détient une part importante des postes universitaires.

L'établissement s'inscrit dans une démarche volontariste et ambitieuse afin de produire des connaissances utiles pour les médico-soignants et psychologues, de valoriser et développer les retours d'expérience, la recherche, les publications et l'innovation sur le CH de Cadillac d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et enfin de développer l'attractivité du CH de Cadillac (promotion des travaux en interne, et au sein de chacun des pôles, participation à des congrès, publications spécialisés...)

Par la **structuration des projets de recherche et de l'innovation au sein du CH de Cadillac**, il s'agit d'assurer la pérennisation des initiatives et projets menés au sein de l'établissement (exemple de la revue rapide sur le traitement pharmacologique du trouble délirant ou de la revue systématique sur personnalité antisociale et psychopathie menées) en structurant son organisation au travers de la mise en place d'un centre de ressources articulé avec les initiatives communes avec le CH C. Perrens et les orientations du projet médico-soignant partagé du GHT et insérés dans les dispositifs financiers existants.

8 actions prioritaires ont été inscrites pour les 5 années à venir, afin de positionner l'établissement dans le paysage de la recherche en santé mentale :

- 1) **Créer un centre ressources** permanent en lien avec la documentaliste (veille et recherche)
- 2) Mettre en place une Commission recherche et innovation pour valorisation et sélection des travaux
- 3) Se rapprocher de la future **Direction des projets** envisagée dans l'établissement (Intégrer au sein des missions de la direction des projets une mission de soutien et de valorisation de la recherche)
- 4) S'assurer d'une interface avec le Comité Ethique
- 5) Se **rapprocher du SIREM et de l'Unité de soutien à la méthodologie de la recherche (USMR)** en ce qui concerne les autorisations parfois nécessaires pour les études ou recherches impliquant des données personnelles : avis d'un Comité de protection des personnes (CPP), de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES), etc.
- 6) **Faire le lien avec le PTSM** : Projets innovants et prévention primaire
- 7) **Solliciter si besoin le GRIEPS** (Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation des professions sanitaires et sociales)
- 8) S'inscrire dans les dispositifs SIGAPS / SIGREC pour être éligible à des financements spécifiques

Par ailleurs, l'établissement souhaite associer le plus grand nombre de professionnels à cette dynamique en initialisant la recherche paramédicale afin d'élever le niveau de qualité des prestations, Il souhaite également créer de l'émulation sur ces questions qui font rayonner l'établissement au-delà de son territoire par la promotion de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques et enfin d'améliorer les conditions de travail des soignants.



Axe 4 : Assurer une plus grande performance au service des usagers et de ceux qui les soignent et les accompagnent

Pour réussir l'ensemble des transformations envisagées, tant dans l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins en proximité ou de référence que dans les projets de transformations, le Centre Hospitalier de Cadillac s'engage dans une meilleure efficacité des fonctions supports de l'établissement. Il inscrit en premier lieu l'amélioration du volet social de l'établissement, en particulier en activant les leviers d'attractivité de l'établissement tant médicale que paramédicale, avec la structuration d'une gouvernance, permettant une contractualisation des objectifs et moyens pour les atteindre, au plus proche des équipes.

Sur cet axe fort, l'établissement poursuit la dynamique engagée pour **développer l'attractivité auprès des médecins et faciliter leur recrutement et leur fidélisation**. Cette dynamique se traduit par des actions concrètes (recrutement d'une attachée administrative dédiée aux recrutements et à l'accompagnement des médecins, campagne nationale menée conjointement avec le CH C. Perrens). Ces actions sont soutenues par une communication importante, notamment sur des canaux digitaux, et l'activation de leviers divers : animation d'une politique salariale attractive (ex : prime d'exercice territoriale), évolution des statuts, mise en avant des activités de recherche L'établissement sollicite les médecins, notamment dans le recueil de leurs attentes et de leurs idées, pour engager une évolution nette sur cette priorité dans les années à venir.

Plus particulièrement, les soignants paramédicaux constituent le corps professionnel quantitativement le plus important à l'hôpital et leurs activités contribuent significativement à la performance des organisations de santé.

Il s'agit ainsi de soutenir les cadres dans leur contribution à la performance des organisations

Au cœur des évolutions organisationnelles comme du fonctionnement au quotidien, les cadres de santé jouent un rôle essentiel pour porter les orientations stratégiques et assurer leur mise en œuvre au sein des équipes, dans un contexte économique de plus en plus contraint et de pénurie de ressources soignantes. Ils sont confrontés à une évolution de leur fonction et sont désormais mobilisés pour des activités de contrôle de gestion. Aussi, il est nécessaire de les accompagner et les soutenir dans l'évolution de leur métier ainsi que les « faisant-fonction » assurant des missions d'encadrement pour la réussite du déploiement du projet médico-soignant et l'épanouissement des cadres soignants.

Développer l'attractivité de notre établissement

Dans un contexte de pénurie de professionnels soignants, relancer l'attractivité du centre hospitalier revêt un enjeu majeur pour assurer quantitativement et qualitativement notre offre de soins. Un travail de proximité avec les instituts de formation et l'accueil des stagiaires sont autant de leviers pour attirer et fidéliser les professionnels. Concernant les professionnels en poste, il est impératif de les fidéliser en leur proposant des parcours qualifiants et des déroulements de carrière valorisants.

Adapter les organisations

La performance des organisations passera inéluctablement par un redimensionnement des équipes en lien avec l'évolution du capacitaire et en ajustant les recrutements en identifiant les métiers nécessaires à la mise en œuvre du projet médico-soignant.

Si cet objectif de meilleure performance de l'établissement au service des usagers et des professionnels qui y travaillent est présent en filigrane dans l'ensemble des orientations stratégiques de l'établissement, il s'incarne plus particulièrement dans la volonté de la Direction d'accompagner de manière rapprochée les professionnels de l'établissement sur les axes facilitateurs du projet d'établissement, notamment pour :

- Accompagner les orientations par **une politique qualité et sécurité des soins** ;
- Accompagner les changements par une véritable politique d'attractivité en déclinant **le projet social QVT et managérial** pour accompagner toutes ces mutations, Améliorer la **qualité de vie au travail et**

accompagner les médecins et paramédicaux dans leurs projets en déployant des personnes ressources au sein de la direction des projets et coopérations

- Accompagner les changements par **un schéma directeur architectural** très volontariste: zonage du site central et projet immobilier pour les sites extra avec implantations, coûts, séquençage, financement ;
- Mettre en œuvre le **projet système d'information** dont le déploiement de la téléconsultation ;
- Mettre en œuvre le projet de gestion dont la prise en compte de la réforme du financement et la mise en place de la contractualisation ;
- Améliorer la communication.

1. Vers une amélioration de la qualité et de la gestion des risques

Le Centre Hospitalier de Cadillac est engagé depuis plusieurs années dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de garantir le meilleur niveau de qualité, de sécurité des soins et d'accueil pour l'ensemble de ses usagers. Ainsi la démarche Qualité Gestion des Risques (QGR) a-t-elle vocation à favoriser l'efficacité du travail collectif et individuel des professionnels, à pérenniser la culture de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la sécurité des soins, à contribuer au renforcement de l'implication du patient dans sa prise en charge, et à consolider l'adaptation continue de l'établissement aux évolutions générales du système de santé.

Afin de répondre à ces différents besoins, la démarche qualité gestion des risques détermine ses objectifs en se basant sur une analyse composite de l'ensemble des données et connaissances disponibles dont les sources principales sont : la **satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs nationaux Qualité Gestion des Risques (IFAQ), les événements indésirables grâce à une base documentaire pertinente et adaptée aux exigences des professionnels et à une gestion spécifiques des risques fondamentaux inhérents à la psychiatrie, et les résultats des différentes démarches d'évaluation internes et externes**, en particulier la certification V2020.

A la veille de la certification V2020 et dans un environnement de plus en plus exigeant, l'établissement doit également consolider ses outils en matière de prévention et de réduction des risques afin de continuer d'insuffler aux professionnels la **culture de la satisfaction du patient**, notamment grâce à une culture positive de l'«erreur apprenante».

L'établissement s'engage donc à progresser dans cette voie en poursuivant deux objectifs principaux. D'une part, il souhaite définir des objectifs opérationnels de qualité contractualisés avec les Pôles cliniques et Médico-Techniques et d'autre part participer à la démarche qualité gestion des risques de la Direction Commune des Etablissements du Sud-Gironde.

La politique QGR est portée par la présidence de CME et conduite par cette instance, via l'appui du Comité de pilotage Qualité Gestion des Risques et traduite par un Programme d'Amélioration qui développe les modalités de mise en œuvre permettant l'atteinte des objectifs. Ces acteurs s'engageront pour faire connaître de façon continue les résultats et l'actualité de la démarche QGR aux parties prenantes de l'établissement et aux professionnels.

2. Mettre au centre la qualité de vie au travail, un management médical et non médical bienveillant et attentif aux personnes qui travaillent au sein de l'établissement

Dans un contexte où il se doit de mener une politique de soins centrée sur l'utilisateur en répondant aux exigences de la loi en matière de sécurité et de qualité, l'hôpital a besoin de s'appuyer sur sa principale richesse que constituent les femmes et les hommes qui y travaillent avec une grande conscience professionnelle. Le projet social s'attache à consolider le lien social au sein des équipes, entre les différentes catégories d'acteurs par la conscience mutuelle de l'utilité de chacun et de la reconnaissance de son travail.

Il doit aussi reconsidérer à sa juste valeur sa responsabilité en matière **de santé au travail, recrutement, gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et qualifications, protection sociale, formation, développement des potentialités.**

Le projet social de l'établissement repose à la fois sur le référentiel d'accréditation à appliquer et sur l'histoire singulière de l'hôpital. Plus largement, les principes et valeurs annoncés dans le projet social attestent de la qualité de la gestion des ressources humaines et reposent sur :

- **La considération des personnels**, pour faire émerger, utiliser les talents et compétences existants dans l'établissement ;
- **La valorisation des métiers**, des moins qualifiés aux plus qualifiés ;
- **Le dialogue et l'écoute** pour développer une politique de communication, de concertation, de négociation garantissant la transparence et la fiabilité des informations et des engagements ;
- **Le décroisement** pour favoriser la solidarité, la complémentarité et la compréhension des logiques qui régissent les modes de fonctionnement de l'institution ;
- **L'accueil et l'accompagnement** pour favoriser l'adaptation de tous ceux qui sont nouvellement recrutés, changent d'affectation ou bénéficient d'un stage.

Il met en avant les mesures volontaristes prises par l'établissement en matière de remplacement des absences, d'amélioration des conditions de travail des professionnels et de prévention des risques professionnels. La prévention et l'accompagnement des situations de violence ainsi que les objectifs de résorption de l'emploi précaire tout comme l'anticipation des besoins dans la gestion des ressources humaines refondée. Enfin, l'établissement s'engage à promouvoir les conseils de services et de pôles.

Le projet social s'inscrit donc clairement dans l'accompagnement de la nouvelle dynamique que l'établissement va initier au travers des volets médico-soignant et architectural du projet d'établissement. Cela suppose d'accompagner les agents dans la mise en œuvre des changements et préserver la QVT dans un contexte nécessitant une forte adaptation.

L'établissement inscrit donc 5 axes stratégiques dans son projet social :

- Appliquer les axes réglementaires (réforme du statut de la fonction publique, Ségur, ...)
- Redynamiser l'attractivité du CH Cadillac
- Mettre en adéquation le schéma prospectif organisationnel et les ressources humaines
- Partager les objectifs collectifs
- Recréer une dynamique positive autour du prendre soin

Parmi ces axes, le soutien de l'attractivité ressort comme un enjeu majeur dans un contexte de difficulté de recrutement et de fidélisation du personnel médical et paramédical au sein de l'établissement. Il est même un des premiers prérequis à l'atteinte des objectifs ambitieux qu'il se donne. Les professionnels ont donné la preuve de leur résilience dans une période de crise sanitaire : leur mobilisation forte incontestable a permis la continuité du service public auprès des usagers et de leurs familles, dans un moment collectivement et individuellement éprouvant pour chacun.

Ce volet attractivité est donc un des piliers de ce projet d'établissement sur lequel s'engage fortement la Direction, mais également le management intermédiaire, afin de se mettre au service de ceux qui soignent, qui accompagnent et aident au quotidien les personnes, que ce soit dans les soins, dans les services techniques ou administratifs.

Il consiste à conforter les atouts de l'établissement en matière de parcours professionnels, de gestion des métiers et des compétences, au service des professionnels, afin de leur proposer l'accompagnement personnalisé nécessaire, attentif aux besoins exprimés pour construire des trajectoires professionnelles attractives.

3. Vers une amélioration du management au sein de l'établissement

La mise en place d'une organisation plus en phase avec l'accompagnement de proximité impliquant plus avant les professionnels et notamment les chefs de service et chefs de pôles va de pair avec un management renouvelé

à tous les niveaux de l'organisation. La Direction Générale affirme son intention de faire de l'accompagnement managérial une priorité. En interne, l'approfondissement du volet management reposera sur trois piliers :

1. Un projet de gestion qui suppose de nouveaux outils de gestion qui n'existent pas encore dans l'établissement en matière de contrôle de gestion en particulier.

2. La contractualisation avec les trios de pôle, impliquant la formation des chefs de pôles, des cadres supérieurs et des cadres de pôle.

3. Le Directoire élargi à une représentation soignante qui instaurera des rencontres systématiques pour échanger sur la conduite des projets et des orientations plus stratégiques adaptées.

A travers cette présence et cette implication managériale, la Direction de l'établissement souhaite pouvoir raccourcir les délais de prise de décision pour pouvoir notamment être force de proposition auprès des partenaires du territoire.

Il a été souligné à cette occasion que la participation de l'établissement à de nombreux projets rendait peu lisible l'implication du CH de Cadillac et nuisait à la cohérence des projets entre eux. Ainsi, il est proposé d'établir une liste des projets dans lesquels l'établissement est impliqué afin de :

- Clarifier les responsabilités de chacun
- Partager un calendrier commun
- Préparer des ordres du jour concertés avec un meilleur soutien institutionnel

Cette meilleure lisibilité, matérialisée par la création d'une Direction projets au sein de l'établissement, s'est trouvée d'autant plus nécessaire que le précédent projet d'établissement n'a été que partiellement mené à bien. Le bilan du précédent projet médical a révélé que l'établissement s'était engagé ces cinq dernières années à travailler sur 11 axes stratégiques déclinés en 74 actions, qui n'ont été, pour 57 d'entre elles que partiellement ou pas réalisées.

4. Développer et structurer la communication

Pour accompagner ces transformations, quatre axes de stratégie de communication ont été arrêtés pour les années à venir.

En communication externe, il s'agit de promouvoir l'image de l'hôpital, ses performances et son patrimoine en développant une image de marque : l'établissement a une histoire forte (plus de 400 ans) mais a su s'adapter et suivre les évolutions de la modernité.

Il paraît aussi important de développer la communication institutionnelle car l'établissement doit se faire connaître à travers son identité, ses performances et sa notoriété.

L'établissement s'engage également à améliorer l'attractivité et à harmoniser les discours institutionnels pour clarifier la « marque employeur » de l'établissement et enfin à mieux communiquer au service du patient et de son entourage afin de faire connaître et déstigmatiser les réponses de l'établissement.

En communication interne, il faudra développer le partage de l'information pour fédérer les professionnels et renforcer leur cohésion et leur sentiment d'appartenance.

5. Améliorer le pilotage de l'établissement

Le projet de gestion s'inscrit dans le projet d'établissement qui porte sur la période 2022-2027.

Il porte sur les aspects organisationnels, budgétaires et d'analyse de gestion qui accompagnent la réalisation du projet médico-soignant. Plusieurs éléments déterminent le contexte d'élaboration du projet de gestion :

- **Une réforme de financement de la psychiatrie** à partir de l'exercice 2022, comportant une part de financement liée à l'activité ;
- **Une progression des ressources contrainte**, inférieure à l'évolution des charges à périmètre constant sur la période du précédent projet d'établissement (2016-2020) et génératrice de tensions budgétaires;
- **Un programme d'investissement immobilier** d'envergure qui devra être réalisé sur une période resserrée compte tenu de la vétusté de l'existant ;
- **Des évolutions démographiques** (augmentation de la population, précarisation) qui génèrent une hausse de l'activité ;
- **La mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la Santé**, des recommandations de bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS ;
- **Un probable dépassement du seuil de certification des comptes** avant le terme du projet de gestion.

L'environnement de gestion du CH de Cadillac est donc soumis prochainement à de fortes incertitudes en terme de financement, de ressources et de contraintes légales. Cela ne doit en aucun cas empêcher la réalisation des projets en cours, comme le programme d'investissement ou la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Les objectifs du projet de gestion sont d'expliquer, de simplifier et d'encadrer les circuits de gestion afin que ce référentiel de pratiques de gestion soit partagé et opposable. Ces pratiques doivent permettre de soutenir et d'accompagner ses projets médicaux et institutionnels tout en assurant la trajectoire financière du CH de Cadillac.

Le projet de gestion du CH de Cadillac s'appuie sur quatre axes structurants :

- Un dispositif budgétaire encadré, notamment par l'élaboration de l'EPRD ;
- Une gouvernance de gestion déléguée dans le cadre de la contractualisation ;
- La mise en œuvre de la réforme du financement en psychiatrie ;
- Une fiabilisation des comptes

6. Améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement

Le Schéma Directeur Architectural et Technique prend en compte les orientations médico-soignantes proposant des **modalités de prise en charge renouvelées largement orientées vers l'ambulatoire, ainsi que les objectifs d'amélioration de la prise en compte des droits des usagers et de leurs proches et de la qualité de leurs soins et de leur accompagnement**. Ce projet engage l'établissement dans l'aménagement d'un espace hospitalier qui réponde aux attentes des usagers, de leurs familles et de leurs proches, et des personnels en termes de qualité de l'accueil et des conditions de travail de confort, de sécurité et des prises en charge. Par exemple, le développement des espaces verts a été pensé comme un outil de soins et de qualité de vie au travail pour les sites qui en sont dotés.

Le projet répond aux exigences normatives en vigueur- dont celles de performance énergétique du bâti (clinique de Bordeaux Métropole), ainsi qu'aux évolutions réglementaires nouvelles, notamment en matière d'accessibilité. De la qualité de l'ingénierie de la mise en œuvre de ce projet dépendra la restructuration d'un ensemble hospitalier (site central, UMD) riche d'histoire et dont une partie relève du périmètre de protection des monuments historiques. Cette restructuration concerne la poursuite et l'accélération de la reconstruction, de la réhabilitation et de l'humanisation d'une partie des unités d'hospitalisation du site central et de l'UMD. Il s'agit de rendre aussi **opérationnel le rapprochement de certains services ambulatoires** sur les sites de Villenave d'Ornon et de Lormont.

En s'attachant à traduire dans le concret l'évolution de l'offre de soins des 5 prochaines années, le projet immobilier propose un schéma directeur immobilier qui permette des évolutions ultérieures patrimoniales et une utilisation optimale du foncier disponible. Ainsi, le projet limite la complexité de la restructuration

(notamment des opérations intermédiaires entraînant des dysfonctionnements importants dans l'activité quotidienne) afin de garantir au mieux la continuité de l'activité.

En matière de calendrier, le projet immobilier inscrit les opérations prioritaires suivantes à son agenda :

- **la réhabilitation des unités d'hospitalisation complète, en priorité :**
 - TRELAT (études immobilières en cours. Livraison bâtiment (mi-2024)
 - Broca-Pinel (étude de programmation engagée. Livraison bâtiment 2025)
 - UMD unités MOREAU, CLAUDE, USIP, CLERANBAULT (étude de programmation à lancer en attente nouveau marché AMOA – Livraison 2026)
- Le regroupement des structures ambulatoires, notamment :
 - **sur le site de Lormont :** CMP Pivot du pôle A (2025), services de pédopsychiatrie de Bordeaux Métropole sur le site de Lormont (nouveau bâtiment sur site 2025) ;
 - **sur un site locatif sur Villenave d'Ornon ou Bègles** avant une perspective d'implantation sur le site propriétaire de Villenave d'Ornon : CMP Pivot du pôle B ;
 - **sur Langon dans un plateau locatif à aménager :** un Centre d'Accueil médico psychologique (CAMP), associant le CMP Pivot du pôle C et le regroupement de services du pôle de pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Ces opérations seront inscrites en cohérence avec :

- **le projet médico-soignant,**
- **le projet logistique et hôtelier** (construction d'une cuisine centrale commune aux CH de Cadillac et du Sud Gironde sur le site de Langon),
- **le projet des usagers,** dans une perspective globale d'amélioration des conditions d'accueil, d'hospitalisation, d'hébergement des personnes et d'amélioration des conditions de travail.

A plus long terme le schéma directeur immobilier esquisse des projets dont le choix du scénario, la soutenabilité financière sont à finaliser notamment via des études complémentaires d'ici 2027, et au-delà de 2027.

Ces projets s'inscrivent aussi dans la nécessité d'intégrer des contraintes d'ordre financières (niveau de trésorerie, d'emprunt et de subventions (Séjour de l'Immobilier, ARS, projet UMD) mobilisables) et conjoncturelles (hausse des prix de matériaux suite à la crise sanitaire, et à l'instabilité géopolitique sur le continent).

7. Moderniser l'outillage au service des usagers et des professionnels

Les axes stratégiques relatifs au Système d'Information découlant du Projet d'Etablissement et de ses volets médico-soignants s'inscrivent dans deux objectifs :

Le premier objectif est de renforcer la coordination des soins et la coopération entre professionnels internes et externes pour la mise en place :

- Du Projet Médico-Soignant de l'Etablissement découlant du PMS du GHT Alliance de Gironde et en particulier le développement des équipes mobiles ;
- Du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) ;
- Des orientations stratégiques système d'information (SI) définies par la Direction Commune.

Il s'agit d'améliorer l'information et les services rendus aux Patients et à leur entourage pour rendre plus attractifs les services proposés au Patient. Les projets se rattachant à cet axe concernent la téléconsultation,

l'amélioration du site internet de l'établissement, les télé-services proposés aux patients (prise de RDV, préadmission, paiement en ligne ...) via le portail GHT et le site intranet du patient.

Cet axe se traduira par des échanges sécurisés avec l'extérieur s'appuyant entre autres sur le Portail d'intermédiation du GHT dans le but de partager avec les professionnels de santé la ligne de vie des patients et des documents associés au niveau des établissements parties du GHT (Hospitalisations, CR, résultats d'examen...).

Le second objectif est de rendre plus efficiente la gestion des activités de production de soins et de support et le pilotage médico-économique en lien avec la mise en place d'outils pour accompagner la réforme du financement de la psychiatrie et l'organisation de la gouvernance en pôles. La Production de tableaux de bord dynamiques et intuitifs de pilotage médico-économique sera fondée sur un SI alimenté des données de production. Les tableaux de bord de pilotage par pôle ou entité corrèleront des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité. Ces tableaux de bord de pilotage seront utilisés dans le cadre du dialogue de gestion (Direction et Pôles).

L'optimisation des activités passe bien par un système d'information plus performant et en adéquation avec les organisations. L'évolution du système d'information devra par ailleurs répondre aux **exigences nationales en matière de qualité, portées par la certification HAS** (Indicateurs IFAQ et éléments de preuve sur le Dossier) et en matière de maturité portée par la future certification des SI des établissements de santé prévue pour 2022 (Indicateurs MaturiN-H). Par ailleurs, l'établissement a candidaté et a été retenu pour un financement Hop'EN conditionné par l'atteinte de prérequis sur le « Dossier Patient Informatisé et interopérable » d'ici fin 2022.

Plus généralement, l'ensemble des **cibles Hop'EN** sur la production de soins seront reprises dans un référentiel de certification. Ces cibles correspondent à des **résultats d'imagerie et de biologie accessibles depuis les services, un Dossier Patient Informatisé et interopérable, une prescription électronique alimentant un plan de soins unique, une programmation des ressources intégrant l'agenda partagé du patient, une communication et des échanges avec les partenaires, la mise à disposition de services en ligne aux usagers et aux patients.**

Un des moyens d'optimiser les activités est de **dématérialiser les documents papiers et leurs flux internes et externes à l'établissement** : dématérialisation des recettes, des dépenses et des marchés avec le Trésor Public, dématérialisation des factures avec les caisses de paiement, dématérialisation des commandes et des factures fournisseurs, dématérialisation des résultats d'examens externes, dématérialisation des pièces administratives pour le patient et des pièces RH pour les agents, dématérialisation de l'ensemble des demandes de service...

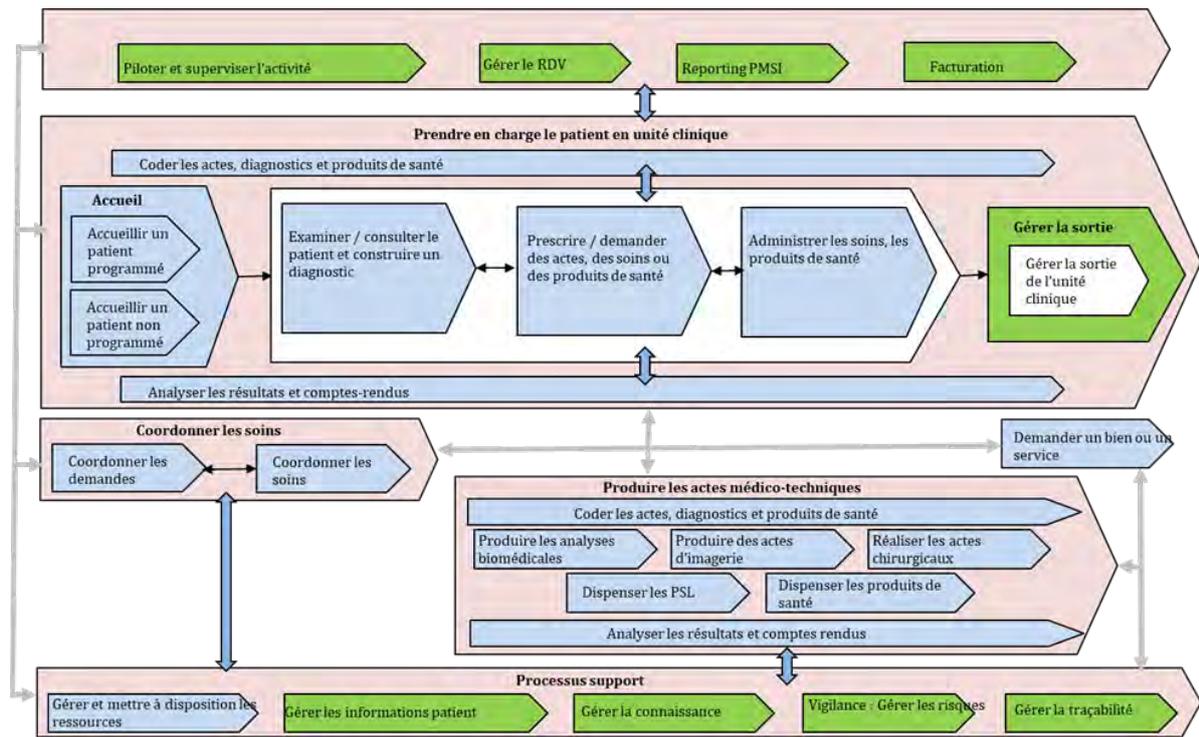
Enfin, l'établissement dont les recettes dépasseront les 100 millions d'euros sera assujéti à la certification des comptes. La mission du commissaire aux comptes consistera à « certifier que les comptes annuels sont, au regard des règles et principes comptables français applicables aux hôpitaux publics, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'établissement à la fin de l'exercice ». La certification des comptes fera largement évoluer l'organisation administrative et comptable de l'établissement, notamment par l'intégration de la dimension « système d'information » dans la documentation des processus et l'implémentation des contrôles les plus pertinents.

Enfin, il **s'agira de renforcer la sécurité du système d'information** pour améliorer la disponibilité, la fiabilité et la confidentialité des données de santé personnelles du Système d'Information. Il est prioritaire de répondre aux exigences nationales (certification HAS, certification des comptes) et européennes en termes de sécurité du système d'information (Directive NIS). Les risques de piratage grandissant sur les données numériques en général et sur les données sensibles de santé en particulier, amènent l'établissement à devoir élever le niveau de sécurité de son système d'information.

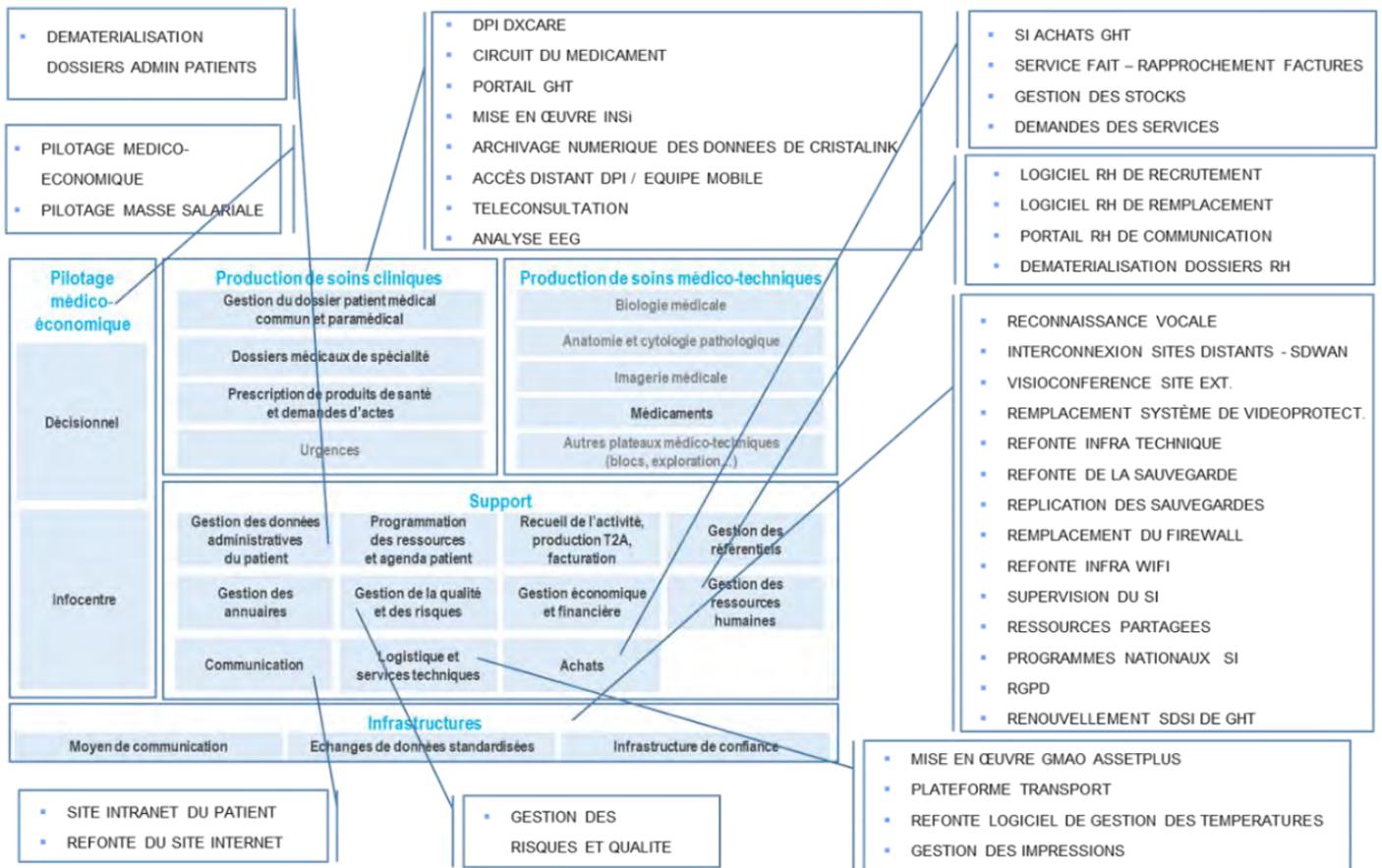
L'établissement s'est engagé dans une véritable Politique Sécurité du Système d'Information en s'appuyant sur un Responsable de la Sécurité du Système d'Information de GHT. Un correspondant SSI du RSSI de GHT, membre de la DSI devra néanmoins être nommé pour piloter la sécurité du Système d'Information de l'établissement.

Le système d'information cible

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS METIER "CIBLE" DE L'ETABLISSEMENT

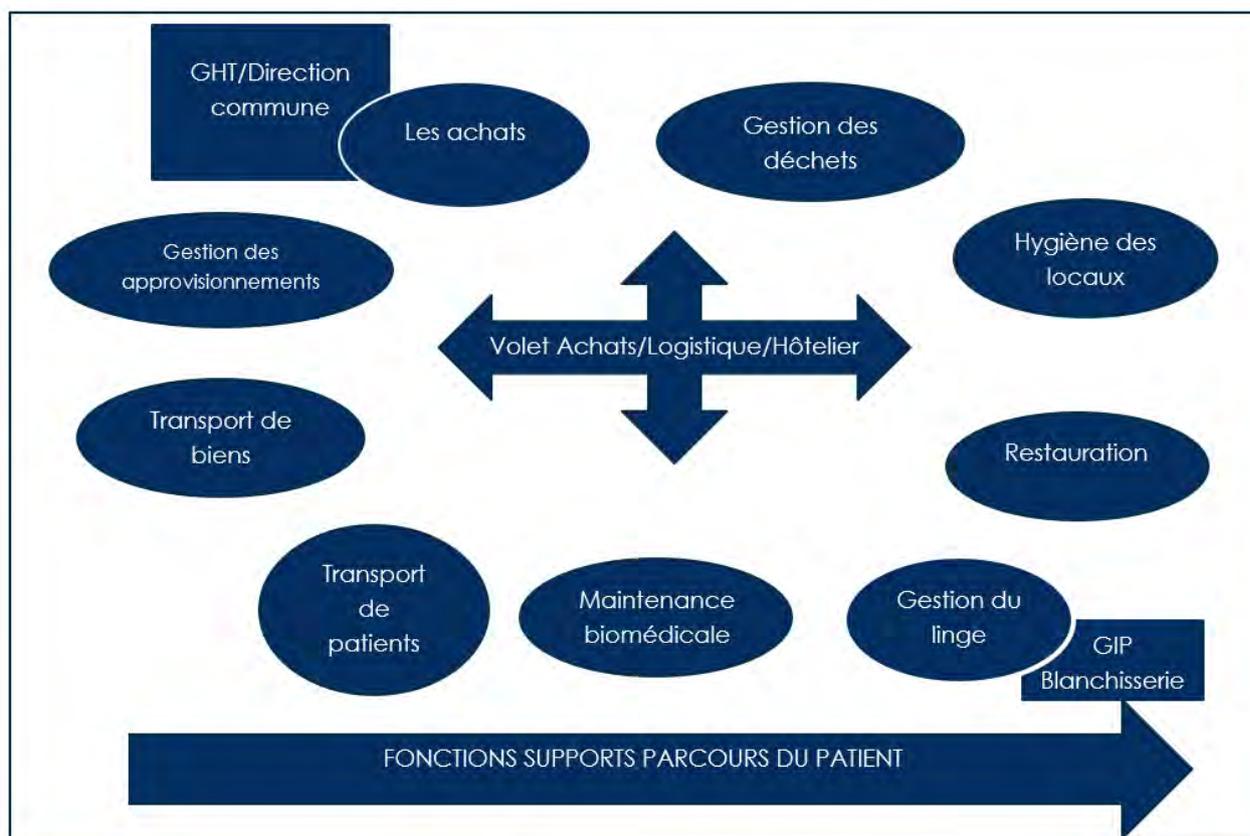


SCHEMA D'URBANISATION FONCTIONNELLE CIBLE



8. Améliorer la performance des activités logistiques et hôtelières

Le projet d'établissement 2022-2027 du centre Hospitalier propose un projet achat logistique et hôtelier d'envergure, dans un contexte de nécessaire **amélioration de la performance de ces activités, à la fois essentiel au bon fonctionnement de l'établissement, mobilisant un nombre considérable de ressources et à l'interface de nombreux services qui en dépendent**. Ce projet accompagne également une dynamique de développement de l'activité ambulatoire et d'amélioration de la qualité de prise en soin et d'accompagnement des personnes accompagnées et de leurs proches en s'engageant pour garantir et **augmenter la qualité des prestations au sein de l'hôpital**.



La gestion de la complexité que ces activités impliquent, doit s'illustrer par une **utilisation des services fluide** des usagers et de leurs proches, des professionnels médico-soignants et des professionnels relevant de ses services. Cette gestion de la complexité passe par une forte optimisation et une modernisation des activités achats, logistiques et hôtellerie, et **par l'amélioration des conditions de travail et la valorisation des métiers d'acheteurs et de logistiques**. Cette politique contribue également aux objectifs de développement durable que poursuit l'établissement.

Concrètement quatre domaines sont concernés :

- **la fonction achats** (organisation de la fonction et amélioration de la gestion de l'approvisionnement dans une démarche écoresponsable),
- **la fonction logistique : dont le transport-garage** (prestations de transports et de biologie, politique de transports de biens et de gestion du parc automobile) , le **biomédicale** (dans une démarche de rationalisation des ressources), la restauration (maintien et amélioration de la qualité des prestations jusqu'au regroupement)
- **La fonction hôtelière** (nettoyage des locaux et gestion des déchets), « espace verts », blanchisserie,
- **La fonction développement durable** (suivi des consommations, utilisation du papier).

Synoptique des fiches actions et autres volets du projet d'établissement

	Thématiques	N°	Fiches actions projet établissement	
Axe 1 le patient et sa capacité d'agir	Les moyens mis en œuvre pour promouvoir la participation et l'expression du patient, ainsi que sa capacité d'agir	1	Mise en place de médiateurs santé pair	
		2	Développement de l'activité de réhabilitation psychosociale de l'Envol	
		3	La création de l'équipe mobile insertion hébergement	
		4	Mettre en place la démarche Quality Rights de l'OMS	
		6	Création du studio vie affective et familiale	
Axe 2 L'inclusion et la proximité pour accompagner les parcours des usagers	Une organisation refondée autour du CMP Pivot et de proximité	1	CMP Pivots A,B,C	
		2	Accueil des IPA dans les CMP de proximité	
		3	L'amélioration de l'accès aux psychologues	
		4	Le développement des consultations transculturelles	
		5	Le développement des thérapies familiales	
	La co-construction des parcours des patients autour du projet personnalisé de coordination en santé	L'organisation du parcours du patient autour du PPCS		
		Structuration du parcours urgences psychiatriques		
	L'amélioration de la couverture du territoire pour répondre aux urgences			
	La mise en œuvre des parcours coordonnés	Enfants & adolescents Le parcours coordonné de périnatalité, de l'enfant, de l'adolescents et du jeune adulte	1	Dispositif de psychiatrie périnatale de proximité en Sud Gironde et création d'un hôpital de jour mère-enfant
			2	Unité mobile psychiatrique périnatalité et petite enfance
			3	Equipe mobile pour adolescents non demandeurs
			4	Orchestra - 16 - 25, première crise
			5	Ouverture de 5 lits HC pour les 12-16 ans
		Adultes et personnes âgées Une réponse en proximité et d'excellence, permettant la prévention et l'accompagnement des publics les plus fragiles	1	Mise en place d'hôpitaux de jour de crise
			2	Equipe Mobile Intégrée de Coordination et Accompagnement de Parcours (EMICAP)
			3	CATTP
			4	Centre de jours
			5	Prise en charge des étudiants
			6	La création d'une offre d'hospitalisation à domicile
	Le parcours de la personne âgée	1	Projet de création d'une équipe mobile en Gérontopsychiatrie	
		2	Projet de création d'un HDJ de 5 places en Gérontopsychiatrie	
	Le parcours des patients de la filière médico-légale	3	Continuité des soins somatiques et gérontopsychiatrie	
		1	Réunions d'échanges entre équipes médico-soignantes des UMD autour de cas cliniques complexes	
		2	Réflexion autour de certains accès téléphone, internes	
		3	Point d'accès aux droits (PAD) à l'UMD	
		4	Groupe de parole à destination des familles à l'UMD	
		5	Mise en place des entretiens médico-soignants filmés.	
		6	L'accès aux soins somatiques : télé-médecine	
		7	L'accès aux soins somatiques : IPA	
		8	Santé mentale et addictologie (sur l'umd)	
		9	Attractivité : journée d'accueil des étudiants sur le pôle	
10		UMPJ		
Le développement des soins somatiques	11	IPA en soins somatiques		
	1	Réouverture du cabinet dentaire		
	2	Développer l'accès à la médecine de spécialité		
	3	Développer l'accès aux professionnels paramédicaux		
	4	Améliorer l'accès aux soins somatiques et à la prévention en CMP		
	5	Améliorer l'accès aux soins somatiques et à la prévention en HC		
	6	Développer l'accès aux urgences		
Le développement de la qualité des services de pharmacie	7	Développer la prise en charge somatique en HC		
	1	Déploiement des PPH en unités de soins		
	2	Harmonisation des pratiques de la PCM en CMP		
	3	Déploiement des activités de la pharmacie clinique		
	4	Sécurisation de la dispensation aux patients par l'automate		
Le développement de la filière addictologie et sa structuration	5	Diagnostic et prise en charge du syndrome métabolique		
	1	Conventionnement UF addictologie Langon / Cadillac		
La structuration de la gouvernance territoriale	2	Création du CSAPA et des lits de sevrage complexe		
	Mise en place d'une gouvernance de territoire PTSM			
Axe 3 Partage et développement de l'expertise avec tous les acteurs du territoire	Le développement et la structuration de la recherche	1	Projet de recherche	
		2	La structuration des projets de recherche et de l'innovation au sein du CH de Cadillac	
		3	Initialisation de la recherche paramédicale	
		4	Projets de recherche : Revue rapide sur le traitement pharmacologique du trouble délirant ; Revue systématique sur personnalité antisociale et psychopathie	

1. Les annexes concernant les fiches actions validées pour la période 2022-2027

Fiches actions des axes médico-soignants et du projet des psychologues

2. Les annexes concernant les autres volets du projet d'établissement

Tableau synoptique des autres volets du projet d'établissement du CH de Cadillac

Axes du projet d'établissement	Autres volets du projet	
<p>Axe 1 le patient et sa capacité d'agir</p>	<p>Projet des usagers</p> <p>Le projet culturel</p>	<p>Projet des psychologues</p>
<p>Axe 2 un projet d'établissement ouvert sur son territoire dans l'inclusion et la proximité pour accompagner les parcours des usagers</p>		
<p>Axe 3 Partage et développement de l'expertise avec tous les acteurs du territoire</p>		
<p>Axe 4 Une plus grande performance au service des usagers et de ceux qui les soignent et les accompagnent</p>	<p>Projet Qualité, sécurité et gestion des risques</p> <p>Projet Social, Qualité de vie au travail managérial médical et non médical</p> <p>Projet Managérial</p> <p>Projet de gouvernance</p> <p>Projet de Communication</p> <p>Projet de Gestion et de développement durable</p> <p>Projet Directeur Immobilier</p> <p>Projet des Systèmes d'Information</p> <p>Projet Achats, Logistique, Hôtelier</p>	

3. Fiches des actions du PMS 2022-2027

	Thématiques	N°	Fiches actions du projet d'établissement		
Axe 1 Le patient et sa capacité d'agir	Les moyens mis en œuvre pour promouvoir la participation et l'expression du patient, ainsi que sa capacité d'agir	1	Mise en place d'un médiateur de santé pair		
		2	Développement de l'activité de réhabilitation psychosociale de l'Envol		
		3	Création de l'équipe mobile insertion hébergement		
		4	Mise en place de la démarche Quality Rights de l'OMS		
		5	Mise en place d'une cafétéria pour les patients et leurs familles		
		6	Création du studio de vie affective et familiale		
		7	Réduction de l'isolement et de la contention		
		8	Réflexion autour de certains accès à l'UMD : téléphone, internet, accès au droit		
Axe 2 L'inclusion et la proximité pour accompagner le parcours des usagers	Une organisation refondée autour du CMP pivot et de proximité	9	Organisation des CMP pivots / antennes		
		10	Accueil des IPA dans les CMP de proximité		
		11	Amélioration de l'accès aux psychologues		
		12	Développement des consultations transculturelles		
		13	Développement des thérapies familiales		
	La coconstruction des parcours des patients autour du projet personnalisé de coordination en santé	14A	Organisation du parcours du patient autour du PPCS		
		14B	Facilitation de la continuité du soin psychologique		
	L'amélioration de la couverture du territoire pour répondre aux urgences	15	Renforcement du parcours psychiatrique aux urgences du sud-Gironde		
		16	Ajustement du projet de l'UCS		
		17	Création d'une équipe psychiatrique d'intervention de crise (EPIC)		
	La mise en œuvre de parcours coordonnés	Enfants & adolescents	18	Création d'un dispositif de psychiatrie périnatale de proximité sur le sud-Gironde (équipe mobile Eq4P et hôpital de jour mère-enfant)	
			19	Création d'une équipe mobile psychiatrique périnatale et petite enfance five droite/entre-deux-mers	
			20	Création d'une équipe mobile pour adolescents non demandeurs sur le sud-Gironde	
			21	Création d'un hôpital de jour de crise pour adolescents	
			22	Création d'une équipe mobile de soins gradués ambulatoires dédiée aux 16/25 ans présentant des troubles émergents (ORCHESTRA)	
			23	Ouverture de 6 lits HC pour les 12-15 ans ou 14-18 ans	
		Adultes et personnes âgées	Le parcours coordonné de périnatalité, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte	24	Mise en place d'hôpitaux de jour de crise
				25	Renforcement des CATT
				26	Transformation des HDI en centres de jour
			Une réponse en proximité et d'excellence, permettant la prévention et l'accompagnement des publics les plus fragiles	27	Développement du case management en créant une équipe dédiée à la gestion de parcours
				28	Prise en charge des lycéens (16-18 ans) et étudiants à l'été bestide
			Le parcours de la personne âgée	29	Création d'une offre d'HAD
				30	Développement de la prévention et de la promotion de la santé
	Le parcours des patients de la filière de psychiatrie médico-légale	31	Création d'un HDI ECT		
		32	Création d'une équipe mobile en gérontopsychiatrie		
		33	Création d'un hôpital de jour de 5 places en gérontopsychiatrie		
	La structuration et le développement de la filière addictologique	34	Réunions d'échange entre équipes médico-soignantes des UMD autour de cas cliniques complexes		
		35	Groupe de parole à destination des familles à l'UMD		
		36	Mise en place d'entretiens médico-soignants filmés		
		37	Création d'une antenne de l'unité médico-psycho-judiciaire (UMPJ) départementale		
		38	Développement d'une activité d'ELSA et mutualisation des équipes addictologiques de consultations et de liaison avec le CH sud-Gironde		
		39	Création d'un hôpital de jour d'addictologie		
		40	Création de lits de sevrage complexe		
	Le développement des soins somatiques	41	Réouverture du cabinet dentaire		
		42	Développer l'accès à la médecine de spécialité (hors TLM)		
		43	Développer l'accès aux professionnels paramédicaux (kiné, orthophonistes)		
		44	Améliorer l'accès aux soins somatiques et à la prévention en CMP		
		45	Améliorer l'accès aux soins et à la prévention en HC		
		46	Développer l'accès aux services d'urgences générales pour les patients hospitalisés		
	Le développement de la qualité des services de la pharmacie	47	Déploiement des préparateurs en pharmacie hospitalière dans les unités de soins		
		48	Harmonisation des pratiques de la PEC médicamenteuse en CMP		
		49	Déploiement des activités de la pharmacie clinique		
		50	Sécurisation de la dispensation aux patients par l'automate		
		51	Diagnostic et prise en charge du syndrome métabolique		
	Le développement de la télé-médecine	52	Mise en place d'une offre de téléconsultations par les CMP		
		53	Développement d'une offre de téléexpertise pour les partenaires du territoire du CH		
		54	Recours à la médecine de spécialité pour les patients hospitalisés via la télé-médecine		
		55	Création d'un pôle transversal		
	Axe 3 Partage et développement de l'expertise avec tous les acteurs du territoire	Le partage des expertises en interne	56	Structuration de la gouvernance de territoire	
			57	Initialisation de la recherche paramédicale	
La structuration de la gouvernance territoriale		58	Structuration des projets de recherche et de l'innovation		
		59	Valorisation de la recherche		

Les projets

Ressources





Le projet de gestion

PREAMBULE

Le projet de gestion s'inscrit dans le projet d'établissement qui porte sur la période 2021-2025.

Il porte sur les aspects organisationnels, budgétaires et d'analyse de gestion qui accompagnent la réalisation du projet médico-soignant.

Plusieurs éléments déterminent le contexte d'élaboration du projet de gestion :

- Une réforme de financement de la psychiatrie à partir de l'exercice 2022, comportant une part de financement liée à l'activité ;
- Une progression des ressources contrainte, inférieure à l'évolution des charges à périmètre constant sur la période du précédent projet d'établissement (2016-2020) et génératrice de tensions budgétaires ;
- Un important programme d'investissement immobilier qui devra être réalisé sur une période resserrée compte tenu de la vétusté de l'existant ;
- Des évolutions démographiques (augmentation de la population, précarisation) qui génèrent une hausse de l'activité ;
- La mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la Santé, des recommandations de bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS ;
- Un probable dépassement du seuil de certification des comptes avant le terme du projet de gestion.

L'environnement de gestion du CH de Cadillac est donc soumis prochainement à de fortes incertitudes en terme de financement, de ressources et de contraintes légales. Cela ne doit en aucun cas empêcher la réalisation des projets en cours, comme le programme d'investissement ou la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Les objectifs du projet de gestion sont d'expliquer, de simplifier et d'encadrer les circuits de gestion afin que ce référentiel de pratiques de gestion soit partagé et opposable. Ces pratiques doivent permettre de soutenir et d'accompagner ses projets médicaux et institutionnels tout en assurant la trajectoire financière du CH de Cadillac.

Le projet de gestion du CH de Cadillac s'appuie sur quatre axes structurants :

- Un dispositif budgétaire encadré, notamment par l'élaboration de l'EPRD ;
- Une gouvernance de gestion déléguée dans le cadre de la contractualisation ;
- La mise en œuvre de la réforme du financement en psychiatrie ;
- Une fiabilisation des comptes.

I. DISPOSITIF BUDGETAIRE

« Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement ; Et les mots pour le dire arrivent aisément. » N. Boileau.

1. Un vocabulaire partagé

Il est nécessaire dans un premier temps de clarifier le vocabulaire métier spécifique à la gestion.

- Le contrôle de gestion s'entend comme l'ensemble des pratiques et des outils qui permettent d'accompagner une organisation vers une meilleure compréhension d'elle-même afin de faciliter son pilotage vers une vision stratégique choisie.

- Les outils de gestion sont les éléments du contrôle de gestion, porteurs d'une partie de l'intention stratégique. Ces outils sont variés, car il peut s'agir de la formalisation d'une organisation interne, d'un référentiel, d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, d'objectifs...
- Le contrôle interne désigne l'ensemble des dispositifs organisés, formalisés et permanents mis en œuvre par les responsables de tous niveaux pour maîtriser le fonctionnement de leurs activités en vue de fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation de leurs objectifs.

En pratique, il vise à assurer d'une part la conformité aux lois et aux règlements en vigueur et d'autre part le bon fonctionnement des processus internes (direction, opérations, support).

- Un processus est un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (processus = Activité ; Procédure = Description de l'activité). Un processus peut être décrit par une ou plusieurs procédures.
- Les Recettes et les Charges représentent des mouvements financiers. Par simplification, une recette est toujours un gain financier pour le CH, alors qu'une charge est une perte financière.
- Les Titres sont des regroupements de recettes et charges selon leur nature. C'est une spécificité de la comptabilité hospitalière⁵
- Le fonctionnement (ou exploitation) et l'investissement sont les périmètres dans lesquels les recettes et charges s'exercent. Le fonctionnement concerne des éléments répétitifs avec une consommation – relativement – immédiate (les payes par exemple). A contrario, l'investissement concerne les opérations qui vont avoir un effet sur le patrimoine de l'organisation (achat ou vente d'un bien immobilier par exemple).

↳ A noter que les périmètres fonctionnement/investissement ne sont pas fongibles.

- La Comptabilité générale est l'obligation légale de suivi des mouvements financiers et des actifs et passifs de l'organisation. Elle obéit à des règles européennes strictes.
- Ce suivi se fait par comptes comptables organisés par nature de comptes – RH, subventions, achats de matériels, réparations, énergie etc.
- La comptabilité matière est une comptabilité d'inventaire permanent ayant pour objet la description des existants, des biens meubles et immeubles, des stocks autres que les deniers et valeurs.
- La Comptabilité analytique est un outil de gestion qui vise à retraiter la comptabilité pour avoir une vision par destination, par secteur générateur du mouvement par exemple.
- La marge est la différence entre recettes et charges : c'est l'excédent ou le déficit.
- Le Taux de marge est la marge reportée aux recettes : $\frac{\text{marge}}{\text{recettes}}$. Le taux de marge permet d'évaluer combien d'euro y a-t-il d'excédent/de déficit par euro de recette (20%=0,20€ d'excédent par € de recette par exemple).
- L'organisation budgétaire est l'ensemble des processus et procédures permettant d'assurer un fonctionnement optimal pour l'atteinte des objectifs financiers.
- Le budget est une prévision financière qui a valeur d'objectif à atteindre.
- La prévision financière de fin d'exercice est appelée atterrissage budgétaire.

2. Articulation budgétaire avec le niveau macro

Le Centre Hospitalier de Cadillac est soumis pour la construction de son budget au contexte global dans lequel il se trouve. En premier lieu la législation par le biais de l'ONDAM puis en second lieu l'ARS dont il dépend.

¹ Voir annexe 1 « Titres de la comptabilité hospitalière »

D'autres éléments externes viennent se greffer de manière plus ou moins directe : le GHT, les coordinations territoriales, le marché de l'emploi, etc.

Dans ce contexte complexe où les injonctions sont nombreuses, le budget se doit d'être cohérent avec les orientations stratégiques globales et en particulier :

- Les orientations médicales qui sont définies dans le projet médico-soignant ;
- Les principes de la gouvernance, inclus dans le projet de gouvernance du projet d'établissement ;
- Le volet social du projet d'établissement ;
- ...

Ainsi le budget du CH de Cadillac n'éclot pas *ex-nihilo* : il est assujéti à des contraintes extérieures et intérieures.

De même, l'organisation budgétaire du Centre Hospitalier de Cadillac précisée ici doit être à même de répondre à l'ensemble des impératifs auxquels elle est soumise.

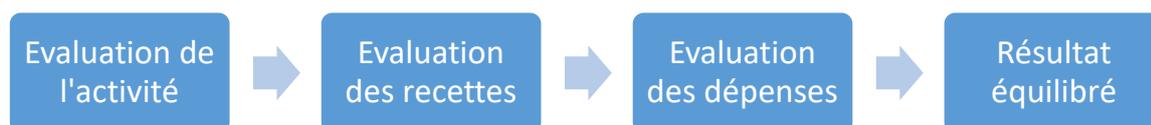
3. L'EPRD : le document budgétaire de référence

L'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) est une obligation légale de la comptabilité publique qui est définie comme étant « l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics ».

L'EPRD reprend l'ensemble des charges et des produits de l'établissement, et ce par titre.

Sa construction se fait au regard de l'activité prévisionnelle, qui doit permettre d'évaluer les recettes attendues et donc les dépenses finançables. L'équilibre budgétaire est une obligation établie par la loi (article R6145-11 du CSP), et l'EPRD ne peut pas y déroger.

Schéma 1 : EPRD, une démarche vertueuse



Ce processus de construction favorise la sincérité des comptes et facilite le pilotage financier de l'établissement.

L'EPRD comporte deux annexes obligatoires ainsi que le rapport de présentation, et fait l'objet de trois Rapports Infra-Annuels (RIA) faisant état de l'atterrissage :

- Le Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés (TPER) qui présente le budget en Equivalents Temps pleins rémunérés (ETPR) et en masse salariale hors charges patronales ;
- Le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) qui présente un prévisionnel sur 4 années (a minima) après l'année N soumise à l'EPRD ;
- Le Rapport de présentation établi par le directeur comporte une analyse des équilibres généraux, une

explication des hypothèses retenues et une présentation des principales évolutions par rapport à l'année précédente ;

- Le RIA0 avec les données financières de fin mai à communiquer avant le 15/09 à l'ARS ;
- Le RIA1 avec les données financières de fin septembre et l'atterrissage de fin d'année à communiquer avant le 15/11 à l'ARS ;
- Le RIA2 avec les données financières de fin décembre à communiquer avant le 15/02/N+1 à l'ARS.

En cours d'année (mai-juin au plus tôt), l'EPRD peut être amendé à la demande de l'établissement dans le cas d'un « décrochage significatif par rapport à la trajectoire validée ».

L'amendement est appelé Décision Modificative (DM), et il est validé selon le même processus que l'EPRD.

L'EPRD est soumis à information auprès de la CME, du CTE et du conseil de surveillance. Le directeur, en concertation avec le directoire, en assure la validation.

4. Les contrats de pôle, déclinaison opérationnelle de l'EPRD

Une fois approuvés l'EPRD et le PGFP, les moyens et les objectifs de l'établissement sont déclinés par pôles et par directions.

La réglementation impose la conclusion de contrat de pôle afin d'établir cette déclinaison, qui est un engagement commun de l'établissement et des pôles. L'élaboration des contrats de pôle est concerté avec la gouvernance des pôles, telle qu'indiquée dans la charte de contractualisation. Une validation tripartite Chef de pôle, Directeur, PCME est nécessaire à sa conclusion et légitime la cohérence des contrats.

II. CYCLE BUDGETAIRE

Mobilis in Mobile Jules Vernes, « 20 000 lieues sous les mers »

1. Processus d'élaboration de l'EPRD

L'EPRD, document de référence budgétaire pour l'établissement, fait l'objet d'un processus d'élaboration concerté avec l'ensemble des acteurs de l'établissement.

La Direction des finances, représentée par son directeur, est responsable de l'animation, de l'élaboration, de la formalisation et de la communication auprès de l'ARS.

Travaux Préparatoires à la construction budgétaire : 15 septembre – 15 novembre

La Direction des finances sollicite les directions ou services qui ont la responsabilité de ces travaux préparatoires à partir du 15 septembre N. Un premier retour est attendu en octobre N afin d'établir une première version de l'EPRD.

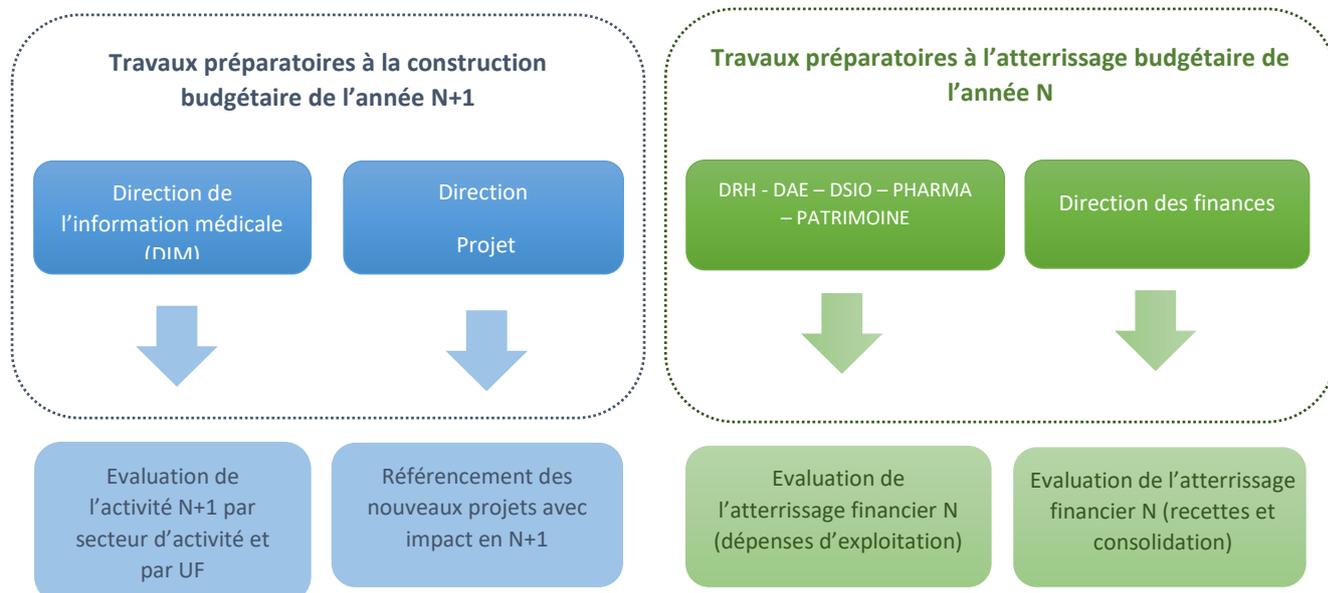
Les travaux préparatoires à l'EPRD comprennent deux étapes d'une part celle liée à l'exercice en cours (évaluation de l'atterrissage budgétaire) et d'autre part celle liée à l'exercice à venir. Ces deux étapes sont indissociables, l'une servant de support à l'élaboration de la deuxième.

Les travaux préparatoires à l'EPRD doivent être phasés afin que la Direction des finances puisse assurer avec les directions et services les échanges nécessaires à une bonne construction budgétaire. Ainsi, les conditions d'une communication efficiente seront réunies.

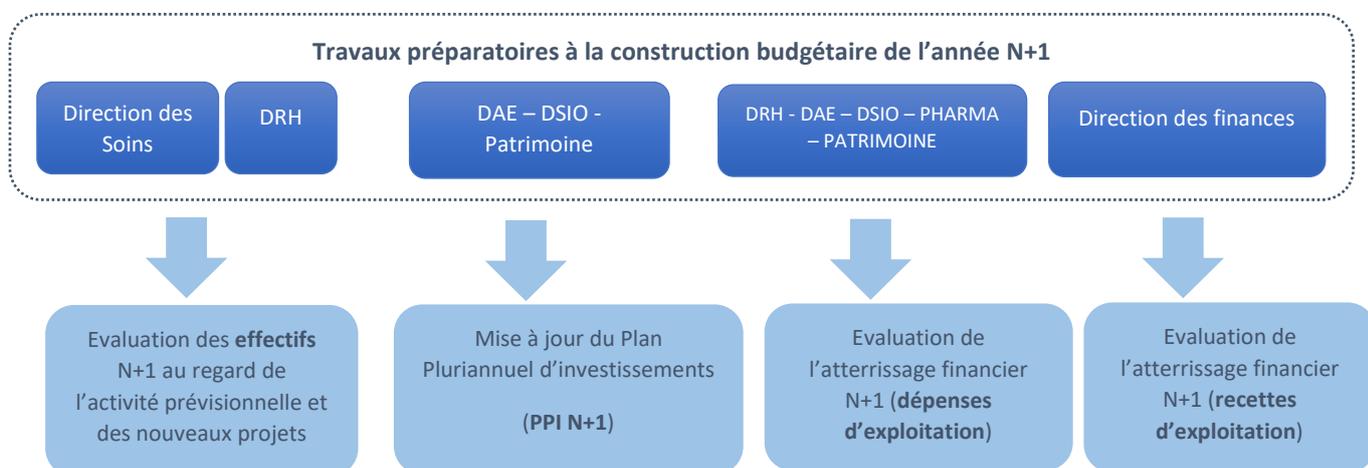
Le calendrier fixé est certes contraint mais il permet, aux directions fonctionnelles et services, la possibilité de retravailler les données dans un second temps si des écarts significatifs ou des incohérences ont été relevées.

La Direction des finances pilote la construction de l'EPRD N+1 et le suivi de l'atterrissage de l'année en cours N.

PHASE 1 : DU 15 SEPTEMBRE AU 15 OCTOBRE N



PHASE 2 : DU 15 OCTOBRE AU 15 NOVEMBRE N



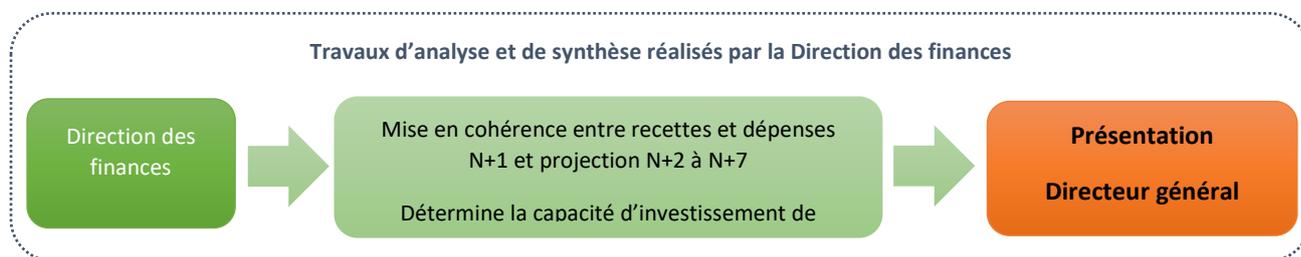
Première consolidation de l'EPRD : fin novembre

Sur la base des travaux préparatoires, la Direction des finances constitue un premier EPRD. Pour ce faire, il se rapproche des directions et services en responsabilité des travaux préparatoires afin de :

- Procéder aux 1^{ers} arbitrages et ajustements ;
- Clarifier si besoin les hypothèses retenues, les valider et les formaliser ;
- Traduire les hypothèses comptablement pour un prévisionnel N+1.

Cette première consolidation doit être finalisée pour le 1^{er} décembre, avec une présentation au directeur. C'est la phase 3 de l'élaboration de l'EPRD.

PHASE 3 : DU 15 NOVEMBRE AU 1ER DECEMBRE N



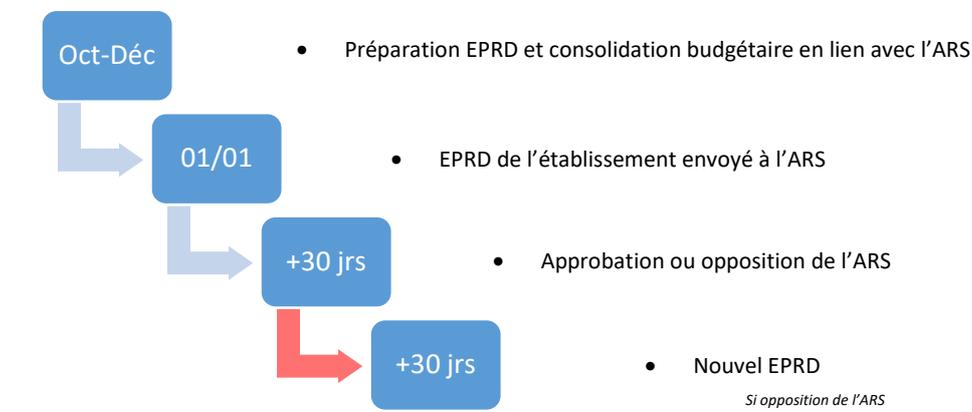
Les ajustements du directeur seront pris en compte au cours de la période du 1^{er} décembre au 15 décembre.

Finalisation de l'EPRD et transmission à l'ARS pour validation : fin décembre

L'EPRD N+1 est présenté aux instances de l'établissement à partir de la validation du directeur.

Concomitamment, l'EPRD N+1 est déposé par la Direction des finances sur la plateforme « ANCRE » au plus tard le 31 décembre de l'année N afin de le soumettre à l'approbation de l'ARS, qui a un mois pour l'accepter ou le rejeter.

SCHEMA 2 : CALENDRIER GENERAL DE VALIDATION DE L'EPRD



2. Suivi budgétaire mensuel et pilotage : directions fonctionnelles et pharmacie

L'EPRD sera suivi par des réunions budgétaires mensuelles. A l'initiative de la Direction des finances (responsable des finances et du contrôle de gestion), elles auront pour vocation de suivre la réalisation de l'EPRD et de procéder si besoin aux ajustements nécessaires.

Les données seront présentées en tableau selon le format ci-dessous.

SCHEMA 3 : MODELE DE TABLEAU DE RESTITUTION DES DONNEES

T	Titre Chap.	Compte receveur	Compte ordonnateur	Dir Gest	Libellé compte ordonnateur	compte financier N-1	Budget N (EPRD)	Budget N à date	Dépenses réalisées à date N-1	Dépenses réalisées à date N	Evolution Dépenses réalisées à date N/budget à date	Evolution Dépenses réalisées à date N/Dépenses réalisées à date N-1
---	-------------	-----------------	--------------------	----------	----------------------------	----------------------	-----------------	-----------------	-------------------------------	-----------------------------	---	---

A l'occasion de ces réunions, les directeurs en charge de ressources humaines, des services économiques, des travaux, du service informatique ainsi que le chef de la pharmacie, accompagnés de leurs adjoints, viendront commenter l'évolution de leurs dépenses en séance.

Ces réunions seront organisées par la Direction des finances et présidées par le directeur de l'établissement.

Un calendrier des réunions de suivi budgétaire sera réalisé pour la période d'avril à décembre.

Ces suivis budgétaires permettront d'alimenter les suivis infra annuels demandés par l'ARS

- RIA0 avec les données de fin Mai à communiquer avant le 15/06 à l'ARS ;
- RIA1 avec les données de fin septembre à communiquer avant le 15/11 à l'ARS ;
- RIA2 avec les données de fin décembre à communiquer avant le 15/02/N+1 à l'ARS

3. Suivi budgétaire mensuel et dialogue de gestion : pôles et contrôle de gestion

L'EPRD est décliné au niveau du pôle par le biais des contrats de pôle avec les objectifs et moyens qu'ils détaillent ; il s'agit d'une déconcentration budgétaire.

Ce principe de subsidiarité – présenté dans la Charte de gouvernance – va de pair avec le principe de responsabilisation des acteurs.

Cependant, il est nécessaire de rappeler que l'ensemble de l'EPRD n'est pas de la responsabilité des pôles, et les directions fonctionnelles gardent la partie de la responsabilité de l'atteinte des objectifs budgétaires qui leur incombe de par leurs prérogatives.

La déconcentration de la responsabilité suppose un pilotage budgétaire. La Direction des finances anime le dialogue de gestion autour de ce pilotage et s'attache, dans les cas où un écart avec les hypothèses de construction sont relevés, à solliciter :

- Le contrôleur de gestion s'il s'agit de la déconcentration envers les pôles. Après appréciation de l'écart, il fait un retour directement à la Direction des finances ou sollicite le trio de pôle pour évaluer l'écart et le cas échéant l'expliquer et trouver des leviers d'action ;
- Le directeur délégué s'il s'agit de la déconcentration envers les directions fonctionnelles, qui fait un retour à la Direction des finances après évaluation des causes et recherche des leviers d'action.

Des outils de gestion sont mis en place par le contrôle de gestion afin d'aider au suivi et au pilotage budgétaire.

Deux fois par an, des rencontres de pôle sont organisées entre le trio de pôle et la Direction de l'établissement, afin de discuter de l'état d'avancement des contrats de pôle, des projets en cours, etc. Il s'agit du socle du dialogue de gestion.

4. Fin d'un exercice budgétaire : la clôture des comptes

La Direction des finances est responsable de l'obligation légale de clôture des comptes. Elle mène ses travaux de clôture en partenariat avec le comptable public (trésorerie de Cadillac).

L'ensemble des opérations d'écritures comptables sont faites en accord avec la réglementation en vigueur, notamment l'instruction M21 qui encadre la comptabilité hospitalière.

La Direction des finances sollicite les gestionnaires de compte du centre hospitalier de Cadillac pour les écritures spécifiques :

- PCA : Produits constatés d'avance, dans le cas où des financements fléchés sont versés en amont de phase ;
- PAR : Produits à rattacher, dans le cas où des produits de l'exercice en cours n'ont pu être comptabilisés (souvent faute de pièce justificative) ;
- CCA : Charges constatées d'avance, dans le cas où des charges sont engagées au titre de l'exercice suivant ;
- CAR : Charges à rattacher, dans le cas où des dépenses non mandatées sont pu être comptabilisées (dépenses engagées et non mandatées : DENM).

Ces opérations comptables sont conduites par la Direction des finances avec les gestionnaires de compte avec des échéances fixées par un calendrier de clôture émis chaque année.

III. UNE GOUVERNANCE PARTAGEE

« Un grand pouvoir implique de grandes responsabilités. » Stan Lee, Spiderman

1. Délégation de gestion

Afin d'accompagner le pilotage budgétaire, une délégation de gestion est attribuée aux chefs de pôle. Ces derniers ont la possibilité d'en attribuer tout ou partie aux membres du trio de pôle et aux responsables de services – cela devra faire l'objet d'une formalisation claire dans le projet de pôle.

Principes généraux de la délégation de gestion

La délégation de gestion ne remet pas en cause les prérogatives spécifiques des directions fonctionnelles et en particulier :

- La procédure de la commande publique, sous la responsabilité de la DAE ;
- Les bonnes pratiques en comptabilité notamment la production de comptes fiables et sincères, sous la responsabilité de la Direction des finances ;
- La réglementation en matière de contrat de travail, sous la responsabilité de la DRH.

La délégation de gestion peut revêtir deux formes :

- Une délégation d'utilisation des comptes, c'est-à-dire de demande d'utilisation de crédit auprès de l'acheteur responsable ;
- Une délégation de procédures, c'est-à-dire d'une partie des prérogatives des directions fonctionnelles.

Il est à noter que la délégation de procédure existe déjà de fait et est intégrée dans les missions quotidiennes de certains acteurs.

Le présent chapitre s'attache à préciser les contours de la délégation qui est strictement du domaine de la gestion financière et budgétaire.

La délégation d'utilisation des comptes

Les services acheteurs restent identiques et gardent leurs prérogatives, notamment celles de vérifier que la commande répond aux impératifs de la commande publique et que l'objet de la commande correspond bien au compte à imputer. La décision d'achat reste de leur responsabilité.

Le pôle ou le service communique sa demande auprès de l'acheteur, qui en vérifie la conformité légale. Une fois validée, la commande est réalisée.

Les comptes qui feront l'objet d'une délégation d'utilisation de crédit seront à définir dans le cadre de la contractualisation.

Par ailleurs, la future procédure « achats » devra définir les modalités de l'expression des besoins jusqu'à la réalisation de la livraison de la commande. Elle devra également définir les règles d'utilisation des crédits délégués dans le cadre de la commande publique.

Délégation des Ressources Humaines

Les délégations en terme de gestion des ressources humaines concernent un volant organisationnel et un volant budgétaire.

En terme d'organisation, une implication renforcée dans le processus de recrutement des personnels médicaux est mise en œuvre. Les praticiens peuvent participer activement à la recherche de candidats lorsque les postes sont vacants et validés par la DRH. Cette participation sera concertée avec la DRH.

D'autres délégations peuvent intervenir dans le périmètre « habituel » des cadres de santé (évaluations annuelles des équipes, recueil des besoins de formation, accueil et intégration des nouveaux arrivants...). Ces délégations sont décrites dans le volet « projet social » du projet d'établissement.

Concernant le volant budgétaire des Ressources Humaines, une délégation est prévue au niveau du pôle pour les possibilités de remplacement du personnel non médical.

Cette délégation s'accompagne du respect de la procédure « Rechercher une ressource humaine en cas d'absence justifiée du personnel ». Cette dernière fait mention notamment de l'importance avant de faire appel à un dispositif de remplacement externe de :

- Analyser le planning de l'unité en question ;
- Solliciter les cadres du pôle puis des autres pôles ;

En amont du processus, la DRH constate l'absence de l'agent.

Chaque pôle pourra utiliser une enveloppe sur les dispositifs CDD de remplacement, heures supplémentaires, vacations et intérim. Cette enveloppe sera suivie selon des modalités définies dans les contrats de pôle.

En cas de non-respect de l'enveloppe de remplacement, la DRH en lien avec la Direction des soins validera les demandes de remplacement.

Outil de pilotage de la délégation d'utilisation des comptes : méthode TMCD

Afin d'accompagner et de cadrer la délégation de gestion, un suivi mensuel par pôle et par service sera mis en place par le contrôle de gestion.

Plutôt que des enveloppes fermées qui ne laissent que peu de place à la souplesse en cours d'année, souplesse rendue nécessaire par les évolutions infra-annuelles du contexte, un équilibre global financier sera préféré : recettes directes et charges directes.

La réforme du financement en psychiatrie légitime ce suivi, car une partie des recettes sera directement imputable à l'activité.

Ainsi, la méthode dite du TMCD (Taux de Marges sur Coûts Discrétionnaires) est mise en œuvre. Elle consiste à calculer le taux de contribution de chaque pôle/service envers l'établissement, en ne prenant en compte que les charges sur lesquelles les acteurs des pôles ont la main (charges discrétionnaires) et les recettes auxquelles les pôles peuvent prétendre.

Le calcul est le suivant :
$$\frac{(\text{recettes} - \text{dépenses})_{\text{directes}}}{\text{recettes}_{\text{directes}}}$$

Ce taux doit permettre de soutenir une cible, calculée annuellement sur la base de l'EPRD, qui représente la couverture nécessaire des activités non médicales.

Le calcul de la cible le suivant :
$$\frac{(\text{dépenses} - \text{recettes})_{\text{indirectes}}}{\text{recettes}_{\text{directes}}}$$

Il est important de noter que certaines dépenses directes ne sont pas en délégation de gestion, mais sont appréciées comme étant discrétionnaires ; par exemple le mobilier de bureau, les locations de matériel médical...

2. La Direction des finances et la soutenabilité financière des projets

Soutenabilité financière d'un projet

La Direction des projets a pour mission de conduire la démarche projet pour les projets médicaux au sein de l'établissement.

Dans l'élaboration de ses futurs processus décisionnels, la Direction des projets devra intégrer la Direction des finances pour la production des études financières.

En effet, la Direction des finances a pour mission d'apporter une réponse sur la soutenabilité financière des projets de l'établissement.

Il s'agira de mesurer les impacts financiers d'un projet dans le cadre budgétaire de l'année en cours et pour les années suivantes. La recherche permanente de l'équilibre budgétaire doit prévaloir.

La neutralité budgétaire ainsi que la pérennité des recettes seront les éléments déterminants dans l'appréciation des projets.

La Direction des finances transmettra le résultat de son étude par une décision signée du directeur en charge des finances.

Suivi des projets

Le suivi des projets sera assuré par la Direction des projets. Elle devra informer périodiquement la Direction des finances sur la situation des projets en cours.

Une évaluation financière périodique permettra de mesurer la pertinence des projets pendant leur exécution.

IV. LA REFORME DU FINANCEMENT EN PSYCHIATRIE

« La Réforme oui, la chienlit non ! » Charles de Gaulle

La mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie est entrée en vigueur le 01/01/2022 avec le décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021.

Elle repose sur quatre principes :

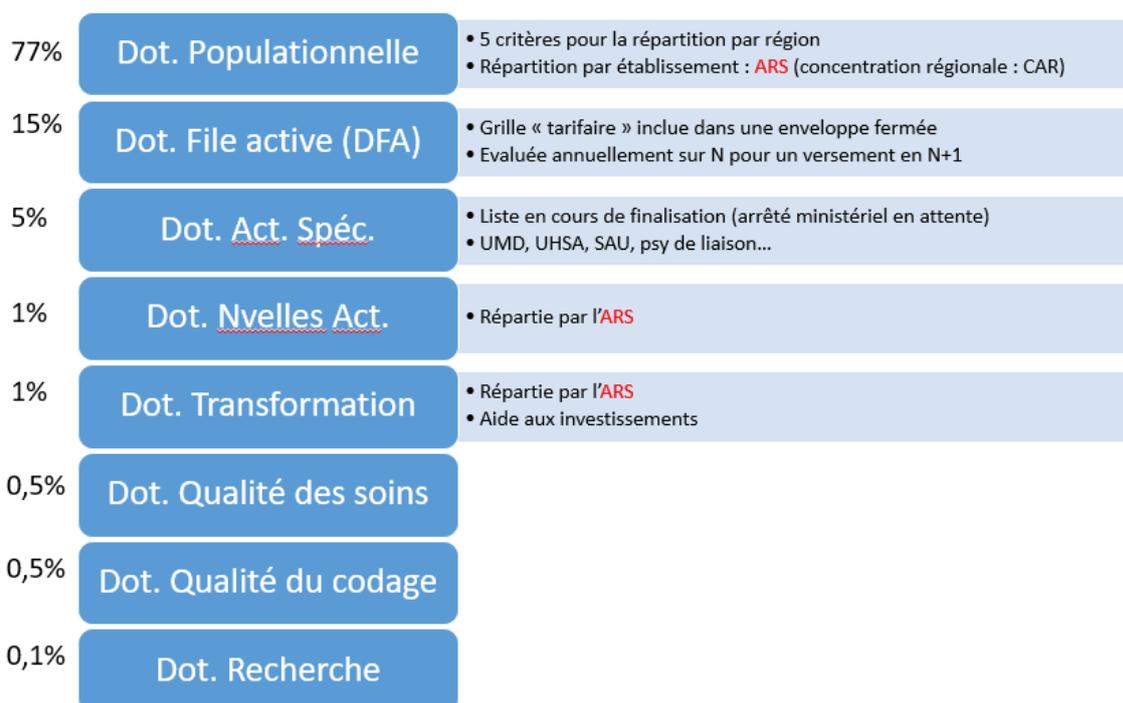
- 1) inclure dans un même modèle financier les établissements publics et privés ;
- 2) réduire les inégalités de financement entre régions ;
- 3) définir une partie du financement sur l'activité ;
- 4) déconcentrer régionalement une partie du financement tout en régulant nationalement.

1. Orientations budgétaires de la réforme du financement

Huit compartiments de financements sont définis dont le poids relatif est modulable au sein d'une région entre établissements pour prendre en compte les spécificités des activités et des projets.

La déconcentration d'une part des financements est à la charge de l'ARS (3 compartiments), tandis que la régulation sur l'ensemble du territoire est réalisée par l'ATIH pour la partie « activité » (Dotation File Active : DFA) et par décrets qui définissent les indicateurs de répartitions et les montants alloués.

SCHEMA 4 : LES COMPOSANTES DU NOUVEAU FINANCEMENT



Les % indiqués sont à titre indicatif et seront précisés selon les situations des établissements.

Pour exemple, le centre hospitalier de Cadillac recevra sans nul doute une proportion de la dotation « Activités Spécifiques » plus important que 5%.

Plus de 97% des financements seront assis sur 3 compartiments :

- Dotation Populationnelle (ou DotPop) : répartie dans un premier temps par région selon 5 critères qui sont le % de mineurs, le taux de pauvreté, la densité médicale, l'offre médico-sociale et l'isolement de

la population. Dans un second temps, l'ARS doit mettre en place des Comités d'Allocation de Ressources (CAR) pour répartir la dotation régionale entre établissements. Ces CAR devront rassembler les acteurs de la psychiatrie sur le territoire : représentants des établissements, des associations d'usagers, des fédérations hospitalières, etc.

- DFA : des grilles de pondération ont été proposées par l'ATIH, qui sont actuellement en cours de validation via diverses simulations. A la différence de la T2A, les grilles de pondération ne sont pas des tarifs qui seront appliqués. En effet, le financement de la psychiatrie se fait en enveloppes fermées. Ainsi, les indicateurs d'activités définis seront pondérés par les grilles, puis financés au regard de l'enveloppe allouée annuellement sur l'ensemble du territoire.
- Dotation activités spécifiques : un arrêté doit définir les activités qui sont inclus dans cette dotation.

Les dotations sont calculées sur l'année précédente. Ainsi, un décalage entre l'activité réalisée et son financement sera constaté avec un an de décalage à chaque fois.

2. Modalités d'accompagnement du nouveau financement (2022 – 2026)

Il a été défini une période transitoire de 4 ans pour la mise en œuvre de la réforme, de 2022 à 2025. Le but est de sécuriser dans une certaine mesure les financements des établissements.

⇒ **2022** : Acompte versé mensuellement qui est équivalent à la DAF reconductible, avec les effets de compensation Ségur et des activités financées par l'ARS. L'ARS notifie dans l'année la DotPop (assise sur les données 2021) et la DFA (assise sur les données 2019). Si la notification est supérieure à l'acompte versé, alors un complément sera versé à l'établissement. Dans le cas contraire, aucune régularisation sera effectuée.

Ainsi, les établissements sont assurés de percevoir la DAF 2021, sinon plus si le nouveau modèle leur est plus favorable.

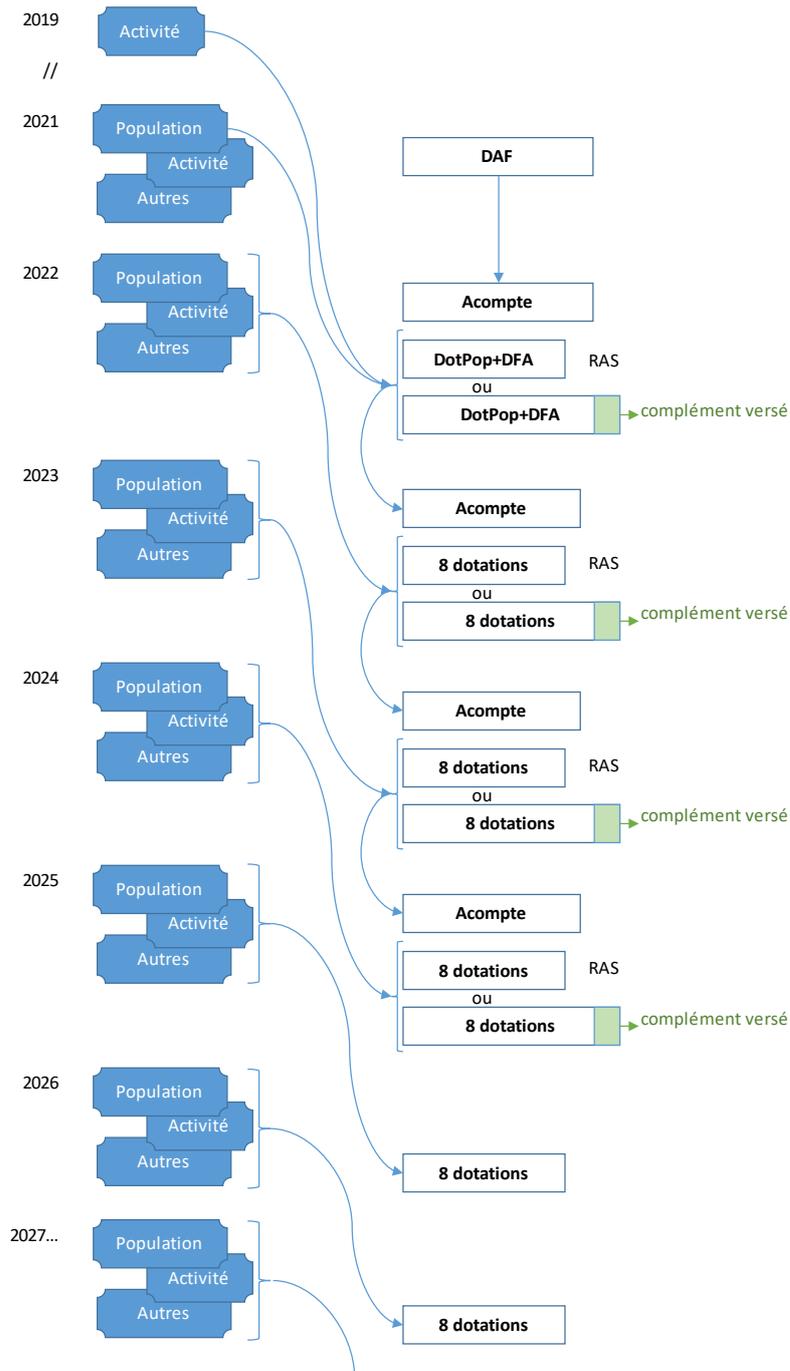
⇒ **2023** : Acompte versé mensuellement qui est équivalent à la notification 2022 (DotPop + DFA). L'ARS notifie dans l'année l'ensemble des dotations aux établissements. Ces dotations sont calculées sur les données 2022. De la même manière qu'en 2022, un complément est versé uniquement si la notification est plus favorable que l'acompte.

Cette fois, les établissements sont assurés d'avoir à minima les dotations de 2022 (DotPop 2021 + DFA 2019).

⇒ **2024 et 2025** : La même système que 2023 est appliqué, avec à chaque fois des acomptes qui correspondent à la notification N-1, qui sont comparés à la notification N. Le plus favorable est perçu par l'établissement.

⇒ **2026 et suivantes** : Fin de la période transitoire. Les dotations sont calculées annuellement sur la base de N-1 et versées en regard.

SCHEMA 5 : SYNTHESE DES MODES D'ATTRIBUTION DES DOTATIONS (2022 – 2026)



3. Suivi de la montée en charge de la réforme pour le CH de Cadillac

Cette réforme aura plusieurs conséquences sur le suivi et le financement de l'activité.

En premier lieu, la politique du « guichet » dans le cas de nouvelles activités devra peu à peu être abandonnée ; à savoir solliciter l'ARS pour des financements spécifiques. Désormais, l'activité devrait être en mesure de s'autofinancer via la DFA.

Le suivi du financement des activités se fera en *année de réalisation*, sur la base de la valorisation de l'année précédente. En effet, étant donné que la dotation est versée avec une année de décalage par rapport à l'activité (l'activité N fait l'objet d'une DFA en N+1), il apparaît nécessaire pour avoir une visibilité en temps réel de considérer ce décalage comme négligeable pour les acteurs des pôles.

De même, les évolutions de valorisation de l'activité dues aux évolutions des enveloppes fermées devront être neutralisées, pour ne faire peser ni les effets d'aubaine ni les effets de perte sur les pôles.

Ainsi, les nouveaux projets seront estimés en terme de recettes sur la valorisation de l'activité N-1 pour l'ensemble des années futures, et le suivi (après validation) sera réalisé sur des indicateurs d'activité et non de recettes.

La Direction des Finances aura pour rôle de mesurer les effets financiers de cette méthodologie pour, le cas échéant, la revoir.

Pour leur information, les pôles seront destinataires de l'évolution des financements liés à la DFA chaque année, en lien avec le DIM.

V. UNE COMPTABILITE FIABLE ET CLAIRE

« Le hasard gouverne un peu plus de la moitié de nos actions, et nous dirigeons le reste. » N. Machiavel

L'établissement doit pouvoir garantir que les comptes sont réguliers, sincères et donnent une image fidèle du patrimoine et de la situation financière conformément à la réglementation en vigueur.

Pour y parvenir, et asseoir une confiance dans l'avenir avec tous les partenaires, l'établissement devra fiabiliser ses processus comptables (achats, immobilisations, trésorerie, ...) afin de pouvoir fournir une assurance raisonnable sur la qualité comptable des comptes.

Au-delà des informations comptables et financières, l'établissement devra également fiabiliser toutes les autres informations de gestion qui ne se retrouvent pas directement dans les comptes mais qui néanmoins sont des données essentielles au management, car plus fines, plus analytiques, plus opérationnelles⁶.

Aussi, les objectifs sont :

- De poursuivre les travaux de formalisation des processus comptables au sein de l'établissement ;
- De développer un dispositif de contrôle interne garantissant la maîtrise des processus comptables.

1. Des procédures pour la comptabilité matière : une démarche d'organisation et de gestion des flux amonts et avals

La comptabilité matière est portée par la Direction des services économiques et logistiques de l'établissement. Elle est assistée, dans cette tâche, par la Direction des finances.

Dans un contexte contraint, évolutif et compliqué, la Direction des services économiques et logistiques se doit de continuer à répondre à l'exigence de sa mission vis à vis des services cliniques et des professionnels qui les composent. Dans le même temps, elle doit s'assurer de la maîtrise de son fonctionnement.

⁶ Informations communément appelées « extracomptable »

Mieux formaliser les modes de fonctionnement pour mieux répondre aux attentes est l'objectif des procédures listées ci-dessous et qui, in fine, seront enregistrées dans le système qualité de l'établissement.

Ces procédures s'inscriront dans une démarche d'organisation et de gestion des flux amont et aval. Elles devront prendre en compte le dispositif en construction de la contractualisation interne avec les pôles.

Aussi, la **Direction des Services Economiques et Logistiques**, en collaboration avec la Direction des finances, aura à sa charge de rédiger les procédures suivantes :

- La procédure « **gestion de l'actif** » recouvrira les activités d'entrée, de transfert ou de sortie d'un bien du patrimoine, tant physique qu'informatique afin de respecter la concordance avec l'actif du patrimoine chez l'ordonnateur.
- La procédure « **inventaire des immobilisations** » prendra en compte les aspects organisationnels liés à un suivi extra comptable. Par ailleurs, il est à souligner que l'absence de suivi depuis de nombreuses années nécessitera également le recours à un prestataire externe pour recenser, de façon exhaustive, l'actif.
- La procédure « **inventaire des stocks magasins** », permettra de formaliser une méthodologie de travail commune à tous les magasins mettant en évidence les types d'inventaire afin de s'assurer périodiquement de l'intégrité de ces derniers. Par ailleurs, cette procédure décrira le mode opératoire de mise à jour des balances mensuelles et des balances annuelles.
- La procédure « **achats** » aura pour vocation de mieux canaliser les flux amont de ses services. Elle devra fixer les règles liées aux traitements des demandes.

La **Direction du patrimoine** devra formaliser en collaboration avec la Direction des services économiques et logistiques, la procédure suivante :

- La procédure « **réforme des matériels** » devra formaliser par écrit les conditions techniques d'un matériel non réparable. Cette procédure devra pouvoir s'intégrer à la procédure « **gestion de l'actif** ».

La **Direction des finances** devra formaliser la procédure suivante :

- La procédure « **balance des stocks** » devra formaliser par écrit les conditions techniques de réalisation d'une balance mensuelle ainsi que de la balance de clôture d'un exercice.

En cours d'année, les directions fonctionnelles en charge des secteurs économiques, patrimoine et informatique devront procéder à un recensement des besoins d'équipements et de travaux courants. Chaque secteur d'activité devra rédiger une procédure « **recensement des investissements ou travaux** » mettant en évidence notamment la méthodologie et les outils d'arbitrage utilisés.

2. Des procédures pour la comptabilité budgétaire : une démarche de consolidation des connaissances budgétaires et comptables à mener auprès des gestionnaires

La Direction des finances devra également réaliser son corpus de procédures internes en lien avec le comptable public afin de consolider son organisation comptable (PPI, clôture, durée d'amortissements, pilotage des directions fonctionnelles, ...).

Par ailleurs, la Direction des finances mènera auprès des gestionnaires des actions en vue d'améliorer la formation sur le logiciel comptable des opérateurs de saisie de 1^{er} niveau et mettra à leur disposition un référentiel documentaire simple, claire et précis.

Enfin, la Direction des finances sollicitera la **Direction des ressources humaines** ainsi que la **Direction de l'information médicale** afin que ces derniers lui transmettent leur référentiel à jour décrivant les opérations de contrôle ayant un impact sur les dépenses et/ou les recettes de l'établissement.

En complément de ce référentiel documentaire, la **Direction des finances** mettra en œuvre le plan d'organisation comptable (POC).

L'ensemble de ces outils doivent contribuer à améliorer le fonctionnement de nos organisations et in fine à fiabiliser l'information comptable.

Ce corpus documentaire fera l'objet d'un enregistrement dans le référentiel qualité de l'établissement.

En outre la Direction des finances continuera à assurer la gestion et le suivi du fichier structure (FICOM) de l'établissement en étant le gardien de la cohérence de l'ensemble des structures⁷.

La Direction des finances assurera un pilotage dynamique des restes à recouvrer (RAR) en lien avec la trésorerie de rattachement. Un suivi mensuel sera mis en place.

3. Le contrôle interne : une démarche processus pour s'assurer de la maîtrise des procédures

« Celui qui tient pour réel et pour vrai ce qui devrait l'être sans doute, mais qui malheureusement ne l'est pas, court à une ruine inévitable » N Machiavel

Une application au périmètre comptable

Dans le cadre du projet de gestion 2022 - 2025 et en vue de la future certification, la Direction des finances va devoir déployer sur le périmètre de ses activités comptables un dispositif de contrôle interne. Il s'agira alors de contrôle interne comptable (CIC).

Le champs d'investigation du contrôle interne comptable concernera toutes les activités ayant un impact sur la comptabilité. L'activité de contrôles réalisée par la Direction de l'information médicale fait partie du périmètre.

En conséquence, le contrôle interne comptable concernera toutes les directions fonctionnelles ainsi que la Direction de l'information médicale.

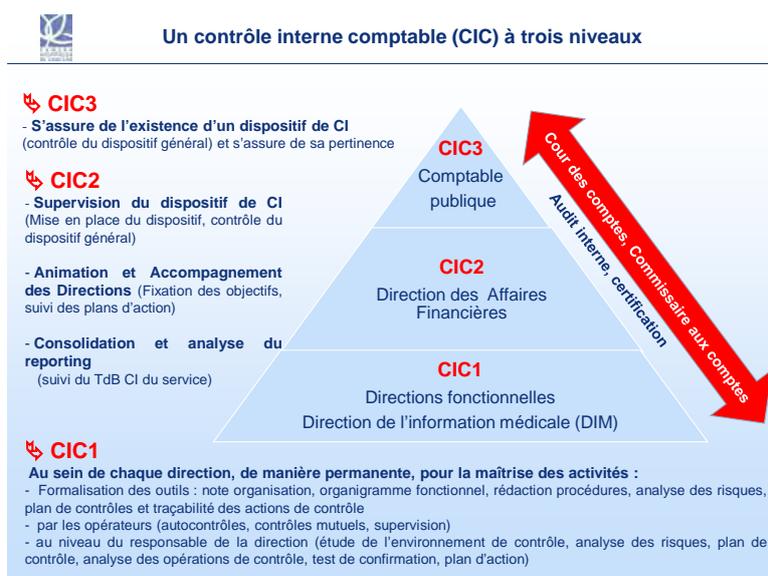
Une organisation reposant sur 3 niveaux

Le dispositif de contrôle interne comptable sera mis en œuvre en collaboration avec le comptable public. Il viendra en complément de son propre dispositif de contrôle interne comptable.

In fine, le niveau de maturité du dispositif déployé viendra donner aux commissaires aux comptes, dans leur rôle de certification des comptes, l'assurance raisonnable de la maîtrise des processus comptables.

Ce dispositif sera organisé en trois niveaux de responsabilité :

SCHEMA 6 : ORGANISATION DU CONTROLE INTERNE COMPTABLE



⁷ Annexe 2 : Procédure de MàJ du FICOM

La Direction des finances procédera au déploiement afin que les directions concernées puissent être accompagnées dans la démarche.

4. Un déploiement progressif des outils du contrôle interne comptable

La démarche de contrôle interne ne se résume pas au seul aspect contrôle qui n'est en soi que la résultante du processus contrôle interne.

Cette démarche devra respecter les étapes suivantes : « environnement de contrôle – recensement des risques – mesure des risques – choix des risques à traiter - plan de contrôle ».

SCHEMA 7 : ETAPES DU CONTROLE INTERNE COMPTABLE



Un environnement de contrôle favorable

Un environnement de contrôle favorable au sein de chaque direction est un prérequis incontournable. Cette 1^{ère} étape est fondamentale. Toutes les actions de formalisation de nos organisations et de nos procédures de travail contribuent à renforcer la perception, en 1^{ère} intention, de maîtrise de nos processus comptables.

Cet environnement de contrôle favorable repose sur trois piliers :

- **Organisation** : cette dernière doit être structurée via une définition et une attribution claire des tâches, tout en veillant au respect des principes de séparation des opérations (existence d'une note d'organisation et/ou, a minima, d'un organigramme fonctionnel pour répondre au « qui fait quoi ? ») ;
- **Documentation et formalisme** : il convient de disposer des procédures internes au sein des directions relatives aux cycles comptables (pour répondre au « comment faire ? ») ;
- **Traçabilité** : il est nécessaire de pouvoir remonter, à partir de la trace d'une opération, à son fait générateur (pour s'assurer de la réalité des opérations lors des contrôles)

Cette étape sera à l'initiative des directions (CIC1) entrant dans le périmètre comptable défini. Un suivi des prérequis sera réalisé par le CIC2.

Un recensement et une hiérarchisation des risques comptables

Un recensement des risques comptables sera réalisé par cycle comptable par la Direction des finances. Les risques identifiés seront **hiérarchisés** en fonction de leur impact et de leur probabilité de survenance (importance « forte », « moyenne », « faible »).

Cette étape sera à l'initiative de la Direction des finances (CIC2).

Elaboration d'une cartographie des risques

Une cartographie des risques sera établie par la Direction des finances. Elle présentera les risques majeurs et critiques de l'établissement en matière comptable, en fonction du tableau de recensement des risques réalisé.

Cette étape sera à l'initiative de la Direction des finances (CIC2). Elle sera transmise aux directions (CIC1).

Un Plan de contrôle

Une fois l'identification des risques effectuée et la décision de leur traitement prise par la direction de l'établissement, il appartiendra aux directions de mettre en œuvre un plan de contrôle afin de s'assurer de la prise en compte de ces risques.

Ces derniers détermineront la liste des risques qui feront l'objet d'un contrôle. Ils choisiront le ou les types de contrôles les mieux adaptés (autocontrôle, contrôles mutuels et de supervision) et s'appuieront sur la documentation rédigée sur le périmètre.

Cette étape sera à l'initiative des directions (CIC1) entrant dans le périmètre comptable définis. Un suivi des plans de contrôle sera réalisé par le CIC2.

VI. DES OUTILS DE PILOTAGE A RECREER

Un contrôle de gestion renouvelé

L'amélioration du pilotage de la performance par un contrôle de gestion renouvelé doit permettre, au centre hospitalier de Cadillac, d'atteindre les objectifs fixés.

Aussi, la culture du reporting sous forme de tableaux de bord devra être remise en place sur tous les aspects de la gestion et de façon mensuelle afin de permettre un management plus efficace dans la prise de décision.

Un pilotage par les processus

La direction des finances via son bureau « contrôle de gestion » mettra en œuvre un pilotage structuré, simple et permanent, permettant de mesurer l'atteinte des objectifs fixés dans le projet d'établissement.

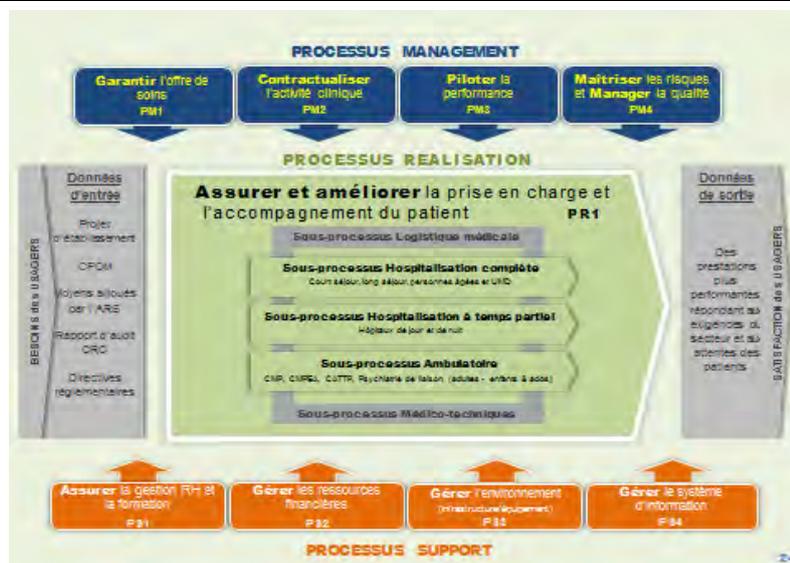
Pour ce faire, elle s'appuiera sur la cartographie des processus développée par la qualité pour suivre les données de sortie des principaux processus de réalisation, de support et de management.

Chaque processus sera suivi par un ou plusieurs indicateurs de résultat et de fonctionnement. Ils permettront aux responsables de « piloter » ses processus afin qu'ils produisent les résultats attendus par rapport aux objectifs fixés.

Le regroupement des indicateurs d'un ou plusieurs processus permettra de constituer un tableau de bord afin de réaliser le pilotage par la performance de ses activités.

C'est cette approche qu'a retenue la direction des finances dans le cadre du déploiement d'un contrôle de gestion renouvelé.

SCHEMA 8 : CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS DU CENTRE HOSPITALIER DE CADILLAC



Un tableau de bord de synthèse pour le directoire

Le tableau de bord du directoire sera remis en service par la direction des finances via son bureau « contrôle de gestion ». Ce tableau de bord suivra spécifiquement deux processus en synthèse :

- Processus de réalisation « Assurer et améliorer la prise en charge et l'accompagnement du patient » afin de s'assurer
- Processus de management « ressources financières » afin de garantir l'équilibre budgétaire (respect des budgets établis ;

Le regroupement des indicateurs de résultat liés à ces processus permettra de constituer le tableau de bord du directoire.

Ainsi, le tableau de bord du directoire comprendra deux parties distinctes :

- L'activité des unités, par pôle et par secteur d'activité. Cette activité sera transmise par le DIM à la direction des finances avant le 10 de chaque mois.
- Le suivi budgétaire des charges et des produits par titre et par chapitre (direction des finances). Ce suivi mettra en évidence d'une part des données à date (budget mensualisé et réalisés n-1 et n) et d'autre part des données annualisées (budget et projection annuels).

A l'issue de sa réalisation, le directeur des finances validera le tableau de bord avant son envoi en dématérialisé⁸, par le contrôle de gestion, à destination des chefs de pôle, du directeur de la direction commune, du directeur délégué, des directeurs adjoints, du médecin DIM et des cadres de pôle.

Le tableau de bord du directoire sera transmis aux membres du directoire avant le 15 de chaque mois.

Un tableau de bord opérationnel pour le pôle

Le tableau de bord opérationnel du pôle sera construit, par la direction des finances via son bureau « contrôle de gestion » selon la même logique.

Il prendra en compte les orientations stratégiques du projet d'établissement.

Les objectifs définis et les indicateurs liés auront été préalablement contractualisés avec les pôles.

La méthode du TMCD (Taux de Marge sur Coûts Discrétionnaires) présentée supra au chapitre I-3 paragraphe d sera intégrée dans le tableau de bord opérationnel et constituera un indicateur clé de la performance.

Le tableau de bord opérationnel du pôle sera transmis aux trio de pôle avant le 15 de chaque mois.

Une nouvelle contractualisation

Un travail de construction d'une nouvelle contractualisation avec les pôles devra être réalisée en prenant en compte les orientations du projet d'établissement 2022 -2026.

Les contrats seront construits en concertation avec les pôles conformément à la charte éponyme.

Un tableau de bord opérationnel par pôle sera construit afin de suivre les résultats de la contractualisation.

Enfin, le contrôle de gestion pilotera les réunions de dialogue de gestion à instituer entre la direction de l'établissement et les pôles.

Les réunions de dialogue de gestion (biannuelle) seront un espace d'échange entre les parties prenantes pour l'évaluation du contrat, la recherche de leviers d'amélioration et éventuellement la réflexion et la formalisation de projets nouveaux, ...

⁸ Document transmis en version powerpoint

ANNEXE 1 : TITRES DE LA COMPTABILITE HOSPITALIERE

Charges

Titre 1 : Charges de personnels

Salaires, charges patronales, primes, etc.

Titre 2 : Charges à caractère médical

Fournitures médicales, imagerie, laboratoires, médicaments, etc.

Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général

Electricité, linge, entretien réparation des bâtiments, etc.

Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles

Amortissement des bâtis, intérêts des prêts financiers, etc.

Recettes

Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie

Dotation Annuelle de Financement (DAF), Fonds d'Intervention Régional (FIR)

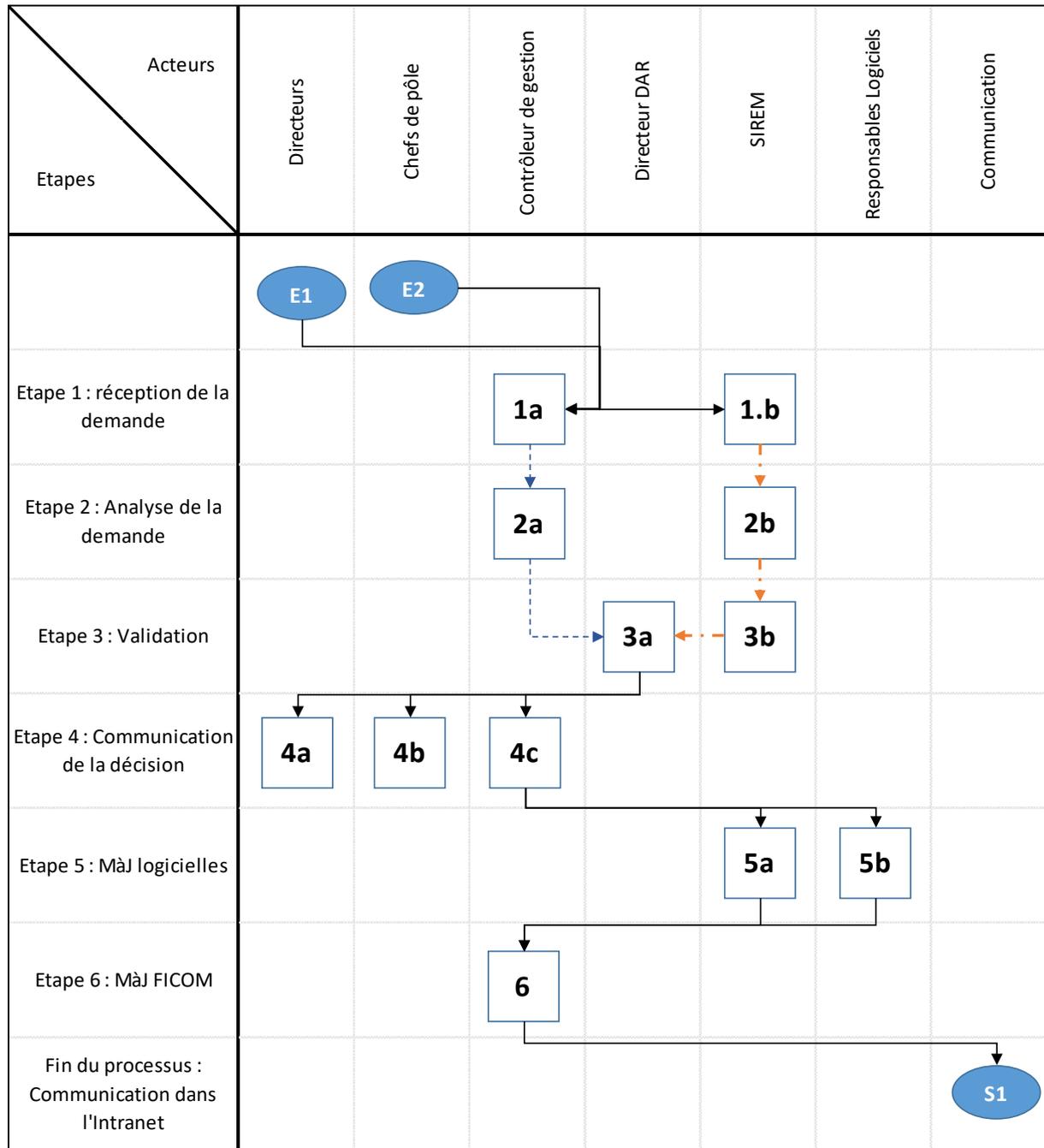
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière

Tickets modérateurs, forfaits journaliers, AME, etc.

Titre 3 : Autres produits

Chambres particulières, locations de salles, rétrocession de médicaments, etc.

ANNEXE 2 : PROCEDURE DE MAJ FICOM



---> UF d'activité médicale

---> UF non médicale

● Données d'entrée (E) ou de sortie (S)

Le projet social

1. INTRODUCTION

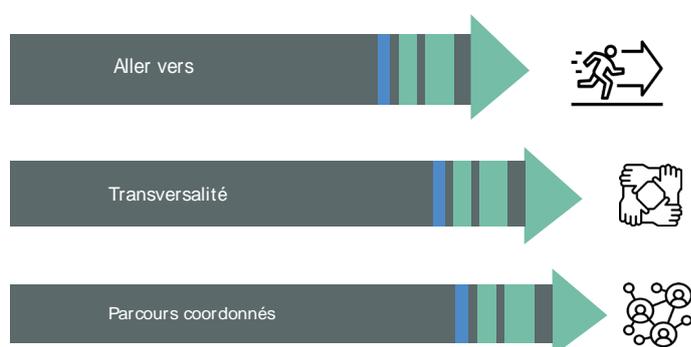
Dans un contexte hospitalier difficile, soumis à des décisions et des orientations politiques changeantes et à une crise sanitaire sans précédent depuis 2019, le Projet Social de l'établissement doit être un outil central de la mobilisation des équipes vers les objectifs de performance du Centre Hospitalier de Cadillac. Le Projet Social 2022-2027, se doit d'être un levier d'attractivité et d'engagement pour les agents en poste et les futurs collaborateurs de l'établissement.

Ainsi, la Direction du Centre Hospitalier de Cadillac souhaite faire de ce document un outil d'accompagnement de la nouvelle dynamique que l'établissement va initier au travers du nouveau Projet d'Etablissement. Pour ce faire, il est essentiel qu'il soit axé autour d'une politique managériale partagée favorable à la Qualité de Vie au Travail.

La volonté de la Direction, au regard de ce document, est de répondre aux valeurs portées par la communauté hospitalière de Cadillac : COHESION, TRANSPARENCE et DIGNITE HUMAINE.

Ce projet social se doit d'être un facteur de réussite de la mise en œuvre du nouveau Projet médico-soignant et de l'ensemble des projets satellites du Projet d'Etablissement 2022 -2027 : Un projet social élaborer pour accompagner les parcours de l'ensemble des professionnels, centrée sur la collaboration, le partage et le développement des expertises de tous ses acteurs, permettant d'assurer une plus grande performance au service des usagers et des équipes du Centre Hospitalier de Cadillac.

Un projet social, où il est possible de transposer les principes fondateurs du projet Médico Soignant :



2. LE CADRE REGLEMENTAIRE DU PROJET SOCIAL

Selon l'article L 6143-2-1 du Code de la Santé Publique, le Projet Social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Par ailleurs, Le Projet Social est négocié par le Directeur et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement au sens de l'article L 6144-4. Le Comité Technique d'Etablissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du Projet Social et en établit le bilan à son terme. Le projet Social est donc à la fois un document obligatoire prospectif, négocié et un document évolutif bénéficiant d'un suivi annuel par le CTE. En effet, le bilan annuel de suivi permettra, au regard de l'avancement du plan d'actions et de l'évaluation des actions mises en œuvre, d'apporter des axes d'amélioration, en continu, à ce Projet social.

A l'image de l'intégralité du Projet d'établissement, ce Projet Social se veut bien plus qu'une réponse réglementaire. En effet, les orientations et les axes de travail envisagés pour les 5 ans à venir visent à moderniser, à repenser, à coconstruire un environnement de travail épanouissant et performant pour l'ensemble des professionnels de l'établissement, au service des patients.

3. UNE METHODE D'ELABORATION COLLABORATIVE

La Direction du Centre Hospitalier de Cadillac a mis en place un dispositif d'élaboration collaboratif afin que ce Projet Social soit partagé et porté par ses contributeurs. Ainsi, un Comité de pilotage, composé de représentants de la Direction-Adjointe, des Directions des Soins et des Ressources-Humaines, du Corps médical et des Instances Représentatives du Personnel a suivi les différentes étapes d'élaboration du document.

Sur la base d'une analyse du contexte et des outils visant à soutenir et accompagner l'ensemble des professionnels de l'établissement en place, le Comité de Pilotage a défini, lors de groupes de réflexion les principaux axes du projet social qui seront déclinés, par la suite, en plan d'actions. La volonté qui préside à la conception du projet social 2022 – 2027 est de s'engager sur des objectifs négociés se déclinant en mesures et actions concrètes.

Au travers du plan d'actions, il s'agit, en effet, de donner de la visibilité aux équipes et de s'engager dans une démarche volontariste en faveur de la Qualité de Vie au Travail. Ce plan d'actions sera décliné en fiches actions lors de groupes de travail représentatifs et pluridisciplinaires : management stratégique et opérationnel, médecin, personnel soignant, personnel paramédical, fonctions supports (administratif, logistique, entretien...), représentants du personnel... La volonté autour de cette démarche est de bâtir un projet social connecté au quotidien des équipes et des patients.

4. LES ORIENTATIONS DU PROJET SOCIAL

Feuille de route de l'établissement, ce Projet Social a pour objectif de valoriser et de pérenniser l'engagement en faveur du « prendre soin » de la communauté du Centre Hospitalier de Cadillac. Il a vocation à nouer une relation de confiance entre les professionnels au bénéfice de l'ADN de l'établissement : la meilleure prise en charge possible des patients. Ainsi, il s'attache à fédérer les diversités et les richesses existantes autour d'une vision partagée des enjeux et des projets de l'établissement qui guidera les actions quotidiennes des équipes soignantes, des services techniques, logistiques et administratifs pour les 5 prochaines années.

- ✎ Favoriser et maintenir le lien au travers des notions de dialogue et de transversalité entre les différents professionnels et au sein des instances de l'établissement.
- ✎ Mettre au cœur des pratiques, des échanges et de l'organisation du travail les six axes de la Qualité de Vie au travail.



- ↳ Valoriser et mutualiser les richesses et le potentiel de l'établissement : les talents, le socle de compétences, l'offre de soins, les outils ...
- ↳ Rendre les managers acteurs de ce projet social en les dotant d'une politique managériale valorisant leur implication organisationnelle et décisionnelle.

LES PRINCIPAUX AXES DU PROJET SOCIAL

- ↳ **Partager les objectifs collectifs** : redonner un sentiment d'appartenance à l'INSTITUTION, recréer du lien entre les différentes structures et les professionnels (notamment grâce à l'encadrement), identifier des outils de travail collaboratifs et participatifs.
- ↳ **Dynamiser l'attractivité** : revaloriser les projets, l'organisation et les méthodes de travail de l'établissement et des professionnels, donner de la visibilité aux professionnels sur leur évolution, disposer d'un cadre commun et partagé.
- ↳ **Mettre en adéquation le schéma prospectif organisationnel du Projet Médico-Soignant et les Ressources Humaines** : Offrir des perspectives en intra et en extra en menant une démarche axée sur les besoins en Ressources Humaines.
- ↳ **Conforter la dynamique positive autour du prendre soin** : identifier les conditions de réussite des changements à venir et comment accompagner les équipes (information, communication, formation, politique GPMC, agilité, supervision...) dans la bienveillance.
- ↳ **Valoriser et harmoniser la politique managériale** : mener une réflexion autour d'une politique managériale partagée et des temps d'échanges entre les encadrants.
- ↳ **L'axe « réglementaire »** inhérent aux obligations de l'établissement et qui peuvent de manière transversale répondre aux autres axes du projet social.

AXE 1 : PARTAGER LES OBJECTIFS COLLECTIFS

Objectifs :

- ↳ Favoriser la transversalité et créer du lien.
- ↳ Redynamiser le sentiment d'appartenance à l'établissement.
- ↳ Valoriser les performances de l'établissement et des professionnels.

Actions en cours :

- ↳ Refonte du site internet.

Actions préconisées par le Comité de Pilotage :

- ↳ Améliorer la connaissance de l'établissement et de ses projets transversaux avec les établissements de la Direction commune afin de favoriser le sentiment d'appartenance à l'institution.

- ✚ Mettre au cœur de la communication interne les valeurs de l'établissement « Transparence, Cohésion, Dignité humaine » en menant une réflexion sur le circuit de « collecte des informations » par le service communication.
- ✚ Initier une « Communauté managériale » porteuse des valeurs de l'établissement mais aussi de méthodes et d'outils de travail coconstruits et partagés.
- ✚ Optimiser la relation entre les services support et les services de soins.

AXE 2 : DYNAMISER L'ATTRACTIVITE

Objectifs :

- ✚ Répondre aux besoins en Ressources Humaines de l'établissement.
- ✚ Assurer le renforcement et le renouvellement des équipes.
- ✚ Mettre en valeur les projets et les savoir-faire de l'établissement.

Actions en cours :

- ✚ Groupe de travail attractivité.
- ✚ Lancement d'une campagne de communication à l'échelle nationale permettant à des médecins d'exercer au sein de plusieurs établissements.
- ✚ Amélioration de la procédure d'accueil des nouveaux arrivants.
- ✚ Mise en œuvre d'un challenge vidéo présentant les unités et les services « supports » pour susciter l'intérêt des professionnels de l'établissement.

Actions préconisées par le Comité de Pilotage :

- ✚ Communiquer en interne et à l'externe sur les projets, les métiers, les valeurs, la culture de l'établissement : développer la marque employeur de l'établissement auprès des professionnels, des organismes de formation, des partenaires...
- ✚ Mener une réflexion autour des nouveaux modes d'organisation du travail (téléconsultation et du télétravail) pour veiller à l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle.
- ✚ Elaborer un politique d'accueil des nouveaux arrivants (recrutement, intérimaire, mobilité interne) :
 - Poursuite de l'amélioration de la procédure existante (livret d'accueil, suivi d'intégration...) et déclinaison d'une procédure simplifiée pour les intérimaires et mobilités internes.
 - Offrir aux collaborateur la possibilité de bâtir un « projet professionnel » lors des recrutements et en cours de carrière.

AXE 3 : METTRE EN ADEQUATION LE SCHEMA PROSPECTIF ORGANISATIONNEL DU PROJET MEDICO-SOIGNANT ET LES RESSOURCES HUMAINES

Objectifs :

- ✚ Favoriser la transversalité et accompagner la mobilité interne.

- ✚ Offrir aux professionnels des opportunités d'évolution professionnelle.
- ✚ Accompagner l'adaptation des professionnels aux évolutions des métiers et de l'organisation de l'établissement.

Actions en cours :

- ✚ Poursuivre l'élaboration de la charte de la mobilité et la mettre en œuvre.
- ✚ Poursuivre la démarche GPMC initiée dans le projet social 2016-2020.
- ✚ Concrétiser la mise à disposition d'une plateforme d'intérim en ligne : HUBLO.
- ✚ Projet de pérennisation des emplois et des carrières : mise en place d'une politique de CDIisation et de concours.
- ✚ Structurer le pool de remplacement soignant (identification des besoins, formation, immersion...).

Actions préconisées par le Comité de Pilotage :

- ✚ Développer une politique de gestion prévisionnelle du personnel et des compétences :
 - Elaborer la cartographie des métiers.
 - Identifier les besoins en Ressources Humaine et leur évolution.
 - Faire des entretiens professionnels des outils de gestion de carrière axés sur les besoins d'évolution (carrière, promotion et pratiques professionnelles).
 - Associer un plan de formation et un plan de suivi spécifiques aux mobilités internes
 - Proposer des entretiens professionnels aux médecins.
- ✚ Mettre en place des journées d'immersion et/ou des « vis ma vie » afin de permettre aux professionnels de découvrir d'autres services et fonctions et optimiser la mobilité interne des agents au sein des différents établissements de la Direction commune.
- ✚ Réaliser un audit sur les causes d'absentéisme afin d'établir un plan de prévention et de réduction de l'absence au travail.

AXE 4 : CONFORTER UNE DYNAMIQUE POSITIVE AUTOUR DU PRENDRE SOIN

Objectifs :

- ✚ Doter les professionnels de l'établissement d'outils d'accompagnement de leurs pratiques professionnelles et de gestion des relations interpersonnelles.

Actions en cours :

- ✚ Poursuivre la restructuration du service de Santé au Travail : Présence d'un médecin du travail, d'un psychologue du travail et recrutement d'une assistante sociale.
- ✚ Poursuivre les démarches en cours : charte du télétravail, plan d'égalité hommes/femmes, politique d'emploi des personnes en situation de handicap, procédure de prise en charge de la violence...
- ✚ Pérenniser la procédure de maintien du lien avec le personnel en arrêt moyenne et longue durée.

Actions préconisées par le Comité de Pilotage :

- ✚ Mener une réflexion sur une procédure collaborative de recueil et de traitement des événements indésirables et des risques psycho-sociaux.
- ✚ Construire une procédure de gestion des conflits interpersonnels : procédure de recueil et de signalement, mise en œuvre d'une démarche de conciliation locale sous forme de commission ou de cellule...
- ✚ Développer un plan d'action Santé au travail :
 - Développer des outils de supervision à l'échelle institutionnelle
 - Initier un baromètre social et évaluer les impacts des actions en place sur le bien-être au travail
 - Former les managers à la gestion de conflit, la prévention des risques psycho-sociaux
 - Promouvoir une politique de prévention des conduites addictives et sur les bonnes pratiques de conduite routière (sécurité et environnementale)
 - Informer sur l'assistance juridique des personnels hospitaliers pour les sécuriser dans leurs pratiques professionnelles
 - Optimiser la prévention des risques liés aux positions de travail
- ✚ Mettre en place des temps d'échange collaboratif dédié à l'analyse des situations de travail, la résolution collective de problème ou au partage des bonnes pratiques au sein des différents services de l'établissement.

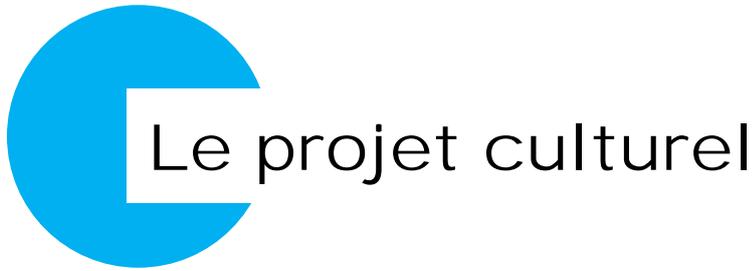
AXE 5 : VALORISER ET HARMONISER LA POLITIQUE MANAGERIALE

Objectifs :

- ✚ Créer un socle managérial commun.
- ✚ Rendre les managers acteurs de la mise en œuvre du projet social.
- ✚ Intégrer le corps médical à la politique managériale de l'établissement.

Actions préconisées par le Comité de Pilotage :

- ✚ Mener une réflexion sur la politique managériale de l'établissement avec les managers.
- ✚ Coconstruire des outils au service de la « Communauté managériale » :
 - Elaborer un parcours de formation spécifique et adapté aux besoins
 - Mettre en place un tutorat / un mentorat pour accompagner les nouveaux managers et les agents « faisant fonction ».
 - Doter les managers d'une boîte à outil « managers » : animer une réunion, fédérer son équipe, la gestion de projet, animer des temps d'échanges participatifs...
 - Former les médecins au management.
- ✚ Initier des séminaires axés sur le partage des bonnes pratiques managériales ou des ateliers de CO DEV'...



Le projet culturel

1. HISTORIQUE ET CONTEXTE

Origine

De Camille Claudel à Antonin Artaud, sans oublier Van Gogh, l'art et « la Folie » sont « souvent reliés ».

En 2009, le Centre Hospitalier de Cadillac a intégré le Projet culturel dans le Projet d'Établissement.

Dès le début, les acteurs institutionnels se sont rapprochés des dispositifs existants tels que culture à l'hôpital, culture et santé ; ainsi que des autorités partenaires, ARS, DRAC, Conseil Régional.

Le projet culturel valorise à la fois le droit à l'émotion et le droit de Cité.

Il favorise le mouvement hors les murs.

Contexte

Depuis Juin 2019, la chargée culturelle missionnée à 40%, pilote le projet culturel. Elle est renforcée par la collaboration d'une bénévole.

La chargée de mission anime le comité culturel. Ce dernier accompagne les projets culturels de proximité, il est force de propositions.

La participation au comité est ouverte aux professionnels volontaires.

Ils contribuent ainsi à la politique culturelle de l'établissement.

Mode de fonctionnement

La politique de démocratie sanitaire est le fil rouge du mode de fonctionnement de cette instance.

Ce modèle part des initiatives de terrain, et le plus possible, de l'initiative des patients.

L'ensemble des professionnels soignants et non soignants tels que des agents de la Direction des affaires économiques, techniciens des services logistiques, responsable de la restauration, animateur de la maison des usagers ... ont rejoint le comité culturel.

La programmation des réunions du comité est fixée à raison d'une demi-journée tous les deux mois et plus si nécessaire.

L'ensemble des projets relevant des fiches d'initiative est étudié. Les critères de sélection sont déterminés selon une méthode équitable et rationnelle.

L'organisation des manifestations exceptionnelles telles que la Fête de la musique, Tous à la cafét...est partagée. Chaque acteur est force de propositions. Les choix retenus donnent lieu à un vote.

2. ETAT DES LIEUX

A- Les actions présentées s'inscrivent à la fois :

Dans la continuité politique du travail engagé depuis 2010 et visant à :

- Faire de la culture un vecteur privilégié d'accès des patients à un statut de pleine citoyenneté ;
- Mesurer l'impact du Projet Culturel tant en termes d'insertion sociale que de bien-être individuel ;
- Favoriser le développement d'une force de créativité et d'une forme d'expression spécifiques par l'instauration d'un dialogue au long cours entre artistes, institutions et établissements ;
- Poursuivre le travail d'ouverture aux publics pour déstigmatiser l'image de la maladie mentale et valoriser celle de la personne en soins ;
- Conforter l'image des valeurs essentielles d'humanisme ;
- Dans une volonté de fond de s'inscrire dans des cadres de travail **pluriannuels tant avec les artistes qu'avec les institutions culturelles partenaires** afin de pérenniser les démarches et de leur laisser le temps nécessaire à l'approfondissement des pratiques ou de l'accès aux œuvres ;
- Valoriser l'ouverture de l'établissement sur son territoire.

B- On recherchera un juste équilibre entre :

- Les actions dénommées « initiatives culturelles » qui sont choisies et accompagnées chaque année par le Comité Culturel à partir de propositions déposées par les professionnels de différentes unités ;
- Les actions dites « transversales » qui d'emblée ont pour ambition de dépasser le cadre des unités des pôles voire de l'établissement, la majorité d'entre elles étant désormais ouvertes au « grand public ».

On s'efforcera de consolider les différents partenariats établis et d'en ouvrir de nouveaux car le Projet Culturel du Centre Hospitalier s'enrichit au contact de nombreux partenaires qui nous aident :

- au niveau financier : on pense ici, bien sûr, au partenariat établi avec les signataires aquitains de la Convention « Culture à l'Hôpital » : DRAC, ARS, et Nouvelle Région Aquitaine ;
- au plan de la compréhension des enjeux et exigences artistiques (institutions culturelles et artistes associés à nos démarches) ;
- au niveau logistique (la Ville de Cadillac en tête, mais également : Lormont, Bègles, Talence, Eysines, Barsac...);
- en matière de formation : SCIC à laquelle l'établissement adhère depuis sa fondation.

Des accords-cadres à dimension pluriannuelle sont confirmés avec :

- l'Artothèque de Pessac « les Arts au Mur » ;
- Théâtre National de Bordeaux Aquitaine (TNBA) ;
- Enseignement Supérieur du Théâtre National de Bordeaux Aquitaine (ESTBA) ;
- Culture et santé ;
- le Musée des Beaux-Arts ;
- l'Association Patrimoine en Scène ;
- la Ville de Cadillac ;
- l'Association Palabras ;
- l'Association « les ateliers à Ciel ouvert » ;
- La Manufacture CDCN ;
- le Rocher de Palmer ;
- la Ligne de l'Enseignement ;
- l'Opéra de Bordeaux ;
- le FRAC ;
-

C- Dynamique de projet

- Organiser l'action autour d'axes fédérateurs permettant l'épanouissement des différentes initiatives dans des projets pluriannuels :
 - Politiques du livre ;
 - des Arts Plastiques ;
 - de la Musique ;
 - du Cinéma ;
 - de la radio ;
 - de la danse.

- Maintenir le niveau de nos exigences :
 - en continuant à faire appel à des artistes reconnus ;
 - en poursuivant le développement des partenariats autour de la Culture et des dispositifs Culture et santé, tant sur la Métropole que sur le Sud Gironde (TNBA, Artothèque, Château et ville de Cadillac, Rocher de Palmer, Centre Culturel des Carmes, Association Patrimoine en Scène et l'œil du Ciron, Bibliothèque Départementale de Prêt...) ;
 - en privilégiant des cadres de travail pluriannuels et les approches transversales pour inscrire les démarches culturelles dans une dimension pérenne.

- Ouvrir un espace Culturel dédié au dispositif culturel (exposition, cafés rencontres, activités...).

- Mieux coordonner le travail d'ouverture en direction de la Cité (planification, communication, suivi des contacts presse et des contacts individuels).

- Poursuivre le travail de structuration du Projet culturel (maintien d'un Comité Culturel et d'une entité spécifique (Unité fonctionnelle « Culture et communication ») / formation à la Médiation culturelle / affirmation des valeurs de Développement Durable).

- Rechercher les modalités d'une implication plus grande des patients « ils savent bien où ils se trouvent » dans la mise en place et la mise en œuvre de la politique culturelle.

- Entretenir une réflexion sur la spécificité des Projets Culture et Santé en établissement de Santé Mentale (travail en concertation avec le Pôle Culture du Centre Hospitalier Charles Perrens : échanges, blocs notes, actions communes).

- Entretenir les liens partenariaux avec des institutions sociales ou médico-sociales et en créer de nouveaux en particulier dans le cadre de la Direction commune (Cadillac, Langon, Bazas, Podensac, Monségur) et le GHT Alliance33.

- Trouver un temps dédié à l'écoute de la voix des artistes et à l'accompagnement qu'ils demandent.

- Favoriser l'émergence de formes de création nouvelles au travers des contacts avec les artistes engagés dans les dispositifs mis en place.

- Rapprocher l'action culturelle de ce que les sociologues appellent les « processus contributifs » et de ce que certains artistes dénomment « l'Art participatif ».

D- Présence d'équipements culturels dans l'établissement de santé (bibliothèque, salle de spectacle, etc.)

Il existe au sein de la cinquantaine de sites dont dispose le Centre Hospitalier, de multiples équipements favorables à la mise en œuvre d'actions culturelles :

- salle d'exposition et espaces réservés ;
- salles d'ateliers.

Ceci ne dispense pas l'établissement de mener une politique active de partenariat (Château ducal de Cadillac, cinéma Lux, Utopia, Musée de la création franche, Salle Jean Lurçat à Bègles, Rocher de Palmer, TNBA...), afin de diversifier les lieux de présentation et de s'ouvrir à différents publics. Ces démarches permettent de déstigmatiser la maladie mentale.

Enfin, il est à noter que le PLAN DIRECTEUR du Centre Hospitalier prévoit une cafétéria animée par les patients qui pourrait comprendre un espace d'exposition et de représentation.

Enfin, un projet muséal est en cours.

E- Actions de communication interne et externe prévues par l'établissement pour valoriser sa démarche culturelle et ses actions :

La politique de communication et la définition des actions internes et externes à mettre en place (affichage, notes de service, réunions d'information, communiqués de presse, extranet, internet ...) a été initialement conçue par une sous-commission du Comité Culturel « Mémoire et Communication ».

D'une façon générale, il est fait recours à la totalité des moyens de communication dont dispose l'Etablissement :

- Service communication qui est composé d'une chargée de communication, d'un responsable audiovisuel et d'une webmaster ;
- imprimerie mutualisée avec le GHT pour les impressions des documents inscrits au catalogue de commandes ;
- site intranet ;
- site internet ;
- pages Facebook, twitter et linkedin ;

Logo type pour la culture :

La première démarche de communication initiée a été la mise en place d'un logotype propre aux activités culturelles pour aider à leur repérage. Conçu par deux agents de l'établissement membres du Comité Culturel, il s'agit à la fois d'une déclinaison du logo institutionnel auquel il est systématiquement associé, et d'un hommage à Andy Warhol.

Création et mise à jour de listings :

- création d'un mailing, liste mise à jour régulièrement des partenaires artistiques, institutions hospitalières, grand public, institutions culturelles (environ 2000 destinataires) ;
- création d'un listing des référents culturels et de l'institution répartis au sein des unités de soins ... Travail en collaboration avec la direction des services informatiques ;
- création et mise à jour d'un listing d'envois papiers : institutions culturelles, du conseil de Surveillance en privilégiant les envois par mail ;
- création d'un listing des Commerçants et des Associations de Cadillac.

Éléments de communication spécifiques

Chaque évènement culturel important fait l'objet de la création de supports de communication spécifiques, diffusés en interne et en externe : Journées du patrimoine, Fête de la musique, Cafés Rencontre, Ciné-clubs, concerts, expositions

- affiches ;
- flyers ;
- livrets détaillés ;
- fléchages ;
- cartons d'invitation.

Les petites éditions

L'existence d'une imprimerie intégrée au sein de l'institution a périodiquement permis le développement de publications regroupées sous le titre générique des « Petites Editions ». C'est dans ce cadre qu'ont été réalisés des ouvrages mettant en lumière des actions spécifiques (Résidence Nieke Swennen, Travail sur le Conte, Rencontres d'Ateliers d'écriture, Catalogues-bilans, Perspectives Culturelles...).

C'est dans ce cadre également, qu'une édition rétrospective sous forme de Plaquette-Rapport d'Activité a été réalisée chaque année jusqu'à la saison 13-14. La maquette du catalogue « D'un projet à l'Autre » est en cours ...

Le service reprographie du CHU imprime les documents référencés.

Maintenant les demandes d'impression sont gérées et réalisées dans le cadre du GHT alliance 33 par les services du CHU de Bordeaux,

La communication « électronique »

La communication électronique est largement utilisée car :

- elle n'est pas onéreuse ;
- elle n'est que moyennement chronophage.

Elle combine des envois de mails en interne et en externe non seulement pour annoncer les manifestations mais aussi pour proposer des « retours » sur les plus significatives d'entre elles lorsque celles-ci ont eu lieu.

Le projet Culturel est également présent sur les sites intranet et internet de l'établissement au travers des rubriques « Actualités.

La communication doit être approfondie sous différentes formes plus contemporaines (réseaux sociaux) mais compétences et moyens font défaut.

Le catalogue « Notre Artothèque » (œuvres des patientes autorisées) est en ligne sur le site internet de l'établissement.

Le « coin culture » de la Lettre de la Direction

Un article est proposé tous les mois sur un ou plusieurs évènements culturels ; Sa diffusion est réalisée par mail et sur intranet. Le journal externe « Acteurs » est trimestriel. Il suit la même voie de diffusion.

La communication Presse

Les relations presse concernant les évènements à dimension culturelle sont prises en charge par la mission Culture du fait de leur spécificité.

Des relations sont établies avec les journaux et éditions du Sud-Gironde. Celles avec les principaux organes de presse régionaux sont plus complexes. Un plan média doit être élaboré. Néanmoins, certaines actions ont été, de façon ponctuelle, l'objet d'articles ou d'émissions importantes (France Culture, France 3, Editions Régionales de Sud-Ouest...).

Des dossiers de Presse sont élaborés pour toutes les manifestations exceptionnelles.

En conclusion, et quelle que soit l'importance des outils de communication (en particulier vis-à-vis de l'environnement pour contribuer au processus de déstigmatisation des représentations de la maladie mentale), nous observons que pour assurer une pleine participation des patients aux différents temps culturels, il importe d'identifier dans les équipes de soins des relais soignants et médicaux convaincus de l'intérêt de la démarche pour les patients, engagés dans leur mise en œuvre et pouvant se rendre disponibles pour les promouvoir.

F : Bilan

Projet de terrain/fiches d'initiatives

Chaque année, le comité culturel valide la réalisation d'une trentaine de projets de proximité présenté à l'aide d'une fiche d'initiative. Ces projets sont construits à partir du terrain par les équipes de proximité, les artistes choisis et les patients. Une des règles de fonctionnement repose sur la restitution des œuvres créées à l'ensemble des professionnels et patients de notre établissement ;

L'enveloppe budgétaire allouée est de 30000 euros.

Exemples de projets réalisés :

Arts plastiques : pratique à plusieurs

Un collectif d'artistes a rencontré les adolescents des Centres du jour du Pôle PEA. Par cette rencontre, les jeunes ont pu être initiés à plusieurs médiums artistiques, aux possibilités d'expression via différents supports. Le but d'une telle démarche est de développer l'ouverture aux arts visuels et à la création. **Le développement de l'imaginaire et l'esprit critique sont ainsi mobilisés.**

Les artistes ont partagé leurs processus créatifs en cheminant de la théorie à la production d'œuvres jusqu'à l'exposition. Ainsi, les jeunes, grâce à cet objet transitionnel, ont emprunté la voie de l'extérieur. Par l'activité artistique, des sorties ont inscrit les jeunes dans la cité.

Paysages et itinéraires textiles. Sur les pas de Claude LAGOUTTE

Ce projet a initié une approche de l'art textile contemporain grâce à l'intervention d'Isabelle BECCIA, médiatrice culturelle au Musée des Beaux-Arts, docteure en histoire de l'art.

En complément, l'œuvre et le parcours de Claude LAGOUTTE, artiste contemporain, a été découvert.

Le processus de composition artistique individuelle et collective s'inscrit, et la politique d'ouverture de l'établissement en hors les murs est activée. En effet, une exposition à la Mairie de Cadillac a eu lieu et un salon d'art visuel au Bois fleuri à Lormont est envisagé.

A la rencontre des arts

En complément du paysagiste Claude LAGOUTTE, les peintres André LHOTE, inspirateur d'Arlequin, et William LAPARRA, auteur de contes de Sabine, créateur de Princesse, ont été étudiés.

Le tissu devient le souvenir, la mémoire du vécu dans la nature.

Quand la nature s'écrit et se conte ...

L'évènement littéraire a eu lieu au sein de l'auditorium de la médiathèque de Lormont. Stéphanie LAFFITE, a conté sa démarche artistique « bouquet de contes ». Cette rencontre était ouverte à l'ensemble des ateliers écriture du CH de Cadillac ainsi qu'aux associations de proximité tels que DIDEE, Paroles d'habitants.

Des passerelles se sont créées vers la cité. Par ailleurs, Paul MARAUD, écrivain bordelais, a pu intervenir.

Danse africaine

Grâce à la capacité d'adaptation des intervenants, tant des patients, des artistes et des professionnels, les danseurs ont été au rendez-vous. Bien que restant dans une dynamique positive, le travail en grands groupes a été en cette année COVID mis à mal. La danse africaine accompagnée par la stimulation des djembés a permis de teinter notre quotidien de sons vifs et joyeux. Les représentations initialement prévues tel qu'au Rocher de Palmer, n'ont pas pu avoir lieu.

Les actions telles que « Partage culturel », « Quand les voisins se rencontrent », « Deux saisons en fête » ont dû être annulées. Les acteurs institutionnels sont restés mobilisés et les moyens alloués ont été fléchés en prévisionnel pour 2021.

La radio « pas d'affolement nous voilà »

Francis VIREPINTE, animateur de la radio RE2M, rejoint l'équipe de l'hôpital de jour de façon permanente.

Les enregistrements ont pu continuer d'exister au travers de rendez-vous téléphoniques même si parfois certains fonctionnements ont dû être interrompus.

Grâce à la motivation de tous les acteurs, l'animation des enregistrements de radio a pu être partiellement maintenue.

La force d'engagement est le maillon central et l'utilisation de la visioconférence a facilité l'organisation de cet atelier. Ainsi, les personnes vulnérables ont une inscription plus forte dans la cité.

3. PROJET 2022-2027

A – Stratégie de partenariat culturel

A chaque comité, sont invités des partenaires extérieurs, exemple Conseiller culturel du Centre Hospitalier de Charles Perrens, référente culturelle de la Mairie de La Réole, Adjoint en charge du dossier culturel de la Mairie de Cadillac, Directrice de l'artothèque de Pessac. Le CH de Cadillac exprime une forte volonté d'être en partenariat avec de multiples acteurs.

Les objectifs sont les suivants :

- 1- Droit à l'émotion du patient ;
- 2- « Droit de Cité » du patient ;
- 3- Développer la culture du pouvoir d'agir ;
- 4- Inscrire le projet culturel dans la contractualisation des Pôles ;
- 5- Renforcer la qualité de vie au travail ;
- 6- Accueillir des stagiaires universitaires ;
- 7- Développer les partenariats ;
- 8- Renforcer le travail participatif avec l'établissement support de la Direction commune de Langon, avec les autres établissements du GHT Alliance33... ;
- 9- Répondre aux obligations ;
- 10- Création des espaces culturels au sein de l'établissement de Cadillac ;
- 11- Réactivation de la commission histoire.

1. Droit à l'émotion du patient

a. Objectif général

Favoriser des actions culturelles et des pratiques artistiques auprès d'un public côtoyant la détresse psychologique (maladie).

b. Etat des lieux

L'émotion artistique des patients est stimulée.

Le projet culturel favorise le développement singulier de la personnalité des individus tant du côté patients, professionnels et artistes.

Cet outil optimise la réhabilitation psychosociale, l'ancrage des personnes accueillies voire la réinsertion dans la cité.

En ce qui concerne les artistes, l'exigence est de rigueur, l'Art est un « Réel Travail ».

c. Perspectives / Actions

La promotion du respect des droits et libertés est activée. Le patient (personne vulnérable) n'est plus considéré comme malade mais comme citoyen à part entière.

Le caractère propre du trouble psychique est décalé, par conséquent la relation à l'autre, le regard porté sur l'autre est modifié.

2. Droit de Cité du patient

Objectif général

Lutter contre la stigmatisation de la personne souffrant de maladie mentale. Il dynamise l'ouverture de l'hôpital sur la Cité.

Etat des lieux

Plusieurs actions mettent en œuvre la perspective de s'ouvrir vers la Cité. Seront retenues les participations au Ciné Cité, Concerts., l'organisation d'expositions/vernissages des œuvres des patients au grand public, Mairie de Cadillac, Rocher de Palmer...

La culture est un vecteur de lien social, exemple partenariat avec l'enseignement supérieur du théâtre national de Bordeaux, participation au festival Hors-Jeu / En jeu.

Perspectives / Actions

- Organiser des manifestations destinées à valoriser le travail des patients ;
- Organiser des temps d'échanges et de réflexion avec les partenaires ;
- Développer des actions dans le cadre partenarial avec la ville de Cadillac, avec la Communauté de Communes (label Art et Histoire) (cf objectif 7) ;
- Renforcer les liens avec l'établissement support de Langon (cf objectif 8) ;
- Elargir ce partenariat avec le Centre Hospitalier Charles Perrens, à l'ensemble des structures composant le GHT Alliance33. (cf objectif 8) ;
- Co-construire des projets communs avec les structures du GHT

3. Développer la culture du pouvoir d'agir du patient

Objectif général

Favoriser le pouvoir d'agir du patient.

Etat des lieux

Bien que la politique nationale de santé rappelle régulièrement l'axe du pouvoir d'agir du patient, il est nécessaire de le renforcer sur le terrain.

Les professionnels doivent poursuivre leurs démarches d'appropriation.

La création de la Maison des usagers au sein du Centre Hospitalier de Cadillac a été un pas en avant sur le chemin de la démocratie sanitaire.

Le projet culturel est un levier qui renforce les mêmes valeurs.

Il est nécessaire de rappeler à chacun, et en premier lieu au « patient », que le premier artisan de sa vie est lui-même.

L'objet artistique est ainsi un médiateur, un outil, un objet transitionnel, facilitant la démarche du pouvoir d'agir du patient.

Perspectives / Actions

- Réaliser ponctuellement des interventions auprès de la commission des usagers ;
- Participer au Comité culturel ;
- Communiquer par l'intermédiaire des réseaux sociaux ;
- Solliciter les associations, les familles.

4. Inscrire le projet culturel dans la contractualisation des Pôles

Objectif général

Inscrire des indicateurs et critères en lien avec la politique culturelle dans les projets de contractualisation des Pôles.

Etat des lieux

Actuellement les projets naissent d'initiatives émanant des unités fonctionnelles.

Rappelons que la philosophie du projet de l'établissement de Cadillac est de renforcer la place participative des patients, force de propositions.

La démarche d'inscrire le projet culturel dans les projets de contractualisation peut aider à ce que chacun d'entre nous assimile que le projet culturel est un projet à part entière et qui existe au même titre que les autres projets, comme étant une priorité pour notre établissement.

Perspectives / Actions

- Augmenter le nombre des participants tant du côté des patients que du côté des professionnels ;
- Améliorer les échanges entre Pôles ;
- Démystifier « l'image de la culture » ;
- Placer en complémentarité le projet culturel et le projet médico-soignant.

5. Renforcer la qualité de vie au travail

Objectif général

Renforcer une politique de développement durable en lien avec les stratégies managériales.

Etat des lieux

La qualité de vie au travail est un des axes prioritaires pour optimiser l'attractivité.

La politique culturelle en est un des leviers.

Ce projet offre des opportunités aux personnes de terrain.

Il favorise le travail collectif, décroïsonne les secteurs.

L'organisation des manifestations mobilise divers professionnels tant logistiques, qu'administratifs et soignants.

La singularité d'un tel projet aide à ce que « naturellement » les acteurs travaillent ensemble.

Perspectives / Actions

- Maintenir le bien-être au travail et la satisfaction ;
- Contribuer à donner envie de rejoindre l'établissement et de participer à ce projet ;
- Optimiser l'épanouissement et la création par conséquent fidéliser les professionnels.

6. Accueillir des stagiaires universitaires

Objectif général

Travailler en partenariat avec les instituts universitaires de médiation culturelle.

Etat des lieux

Depuis 2009, l'établissement de Cadillac déploie son projet culturel.

Le constat est que le dispositif culture est amené à se développer et à s'enrichir.

Un des leviers passe par la recherche universitaire.

L'accueil d'étudiants :

- de l'Université Bordeaux Montaigne,, De l'Ecole de médiation culturelle et marché de l'Art (ICART) ; est à l'étude.

Perspectives / Actions

- Rencontre avec Françoise LIOT, Directrice Responsable pédagogique de Licence Pro Comédia.
- Travaux de recherche à proposer et programmer.

Cette démarche sera partagée avec l'équipe du Centre Hospitalier de Charles Perrens.

L'accueil des étudiants permettrait de questionner nos pratiques, apporterait un changement dans nos organisations.

Cette dynamique peut se traduire par les mots suivants : « Permettre à ..., Recevoir de... »

7. Développer les partenariats

Objectif général

S'inscrire dans le projet Art et Histoire.

Ouvrir les portes de l'hôpital lors des journées du patrimoine.

Etat des lieux

Le Président du Conseil Régional, Alain ROUSSET, a impulsé le pays Sud Gironde dans l'inscription du label Art et Histoire.

Une rencontre avec Jocelyn DORE, Président de la Communauté des communes de Podensac accompagné par Philippe BELTRAMO, adjoint référent à la culture, a confirmé l'inscription de l'hôpital dans ce projet. Il est piloté par les responsables culturels de La Réole.

Volonté de mieux faire connaître au public les richesses ... de l'hôpital.

Perspectives / Actions

- Des rencontres programmées permettront de rédiger le projet de demande de label au Ministère.
- Ouverture, accueil, animations lors des journées du patrimoine. Début de ce projet septembre 2023.

8. Renforcer le travail participatif avec l'établissement support de la Direction commune de Langon, avec les autres établissements du GHT Alliance33...

Objectif général

Construire des projets communs avec le Centre Hospitalier de Charles Perrens, l'Hôpital de Pellegrin, l'ensemble des structures du GHT Alliance33.

Etat des lieux

Le Centre Hospitalier de Charles Perrens a lancé le Projet LILOBA en 2018.

Deux ans plus tard, il s'est associé avec le CHU de Bordeaux. Cette association montre un beau symbole de collaboration humaine et cordiale entre les deux hôpitaux.

Ce projet consiste à recueillir des citations courtes accompagnées de la source et du nom de l'auteur. Ces citations alimentent la banque des LILOBAS.

Un comité choisit chaque année les citations.

Les unités qui souhaitent participer à ce projet affichent les citations retenues, la même parole est alors apposée au même moment dans les divers lieux. Lieux où les acteurs institutionnels de terrain s'engagent à faire vivre ce projet.

Un LILOBA peut émouvoir, questionner, faire rêver, réveiller des souvenirs, susciter l'échange...

Un LILOBA peut alors devenir, assurément, le passeur dans le quotidien de nos lieux de soins.

Gabriel OKOUNDJI (psychologue du CH Charles Perrens et poète de renommée internationale) en est l'initiateur.

Le Centre Hospitalier de Cadillac, le Centre Hospitalier de Langon, l'ensemble des structures rattachées à la direction commune, les centres Hospitaliers d'Arcachon participent à ce projet.

Perspectives / Actions

Comme le projet LILOBA, le projet « Grand Eveil » est en cours de réflexion.

Ce projet a pour but de permettre des ressourcements, de marquer des transitions, de créer l'éveil de jours nouveaux par l'Art et la Culture, dès la fin de la crise sanitaire.

9. Répondre à nos obligations

Objectif général

Rester à l'écoute des obligations légales et réglementaires

Etat des lieux

Engagement financier de l'établissement maîtrisé.

L'enveloppe budgétaire est de 40 000 euros.

En complément, les subventions accordées en réponse au projet d'appel d'offres ARS / DRAC / Conseil régional, aident à la réalisation de projets ambitieux.

Perspectives / Actions

- Respecter la rationalisation des coûts
- Intégrer dans l'ensemble des projets les coûts logistiques (transports, repas, imprimerie...)

10. Création d'espaces culturels au sein de l'établissement de Cadillac

Objectif général

Disposer d'espaces culturels.

Etats des lieux

A ce jour, il n'existe aucun espace culturel

La découverte des œuvres passe par des expositions itinérantes.

Il est nécessaire de créer des lieux d'exposition pérennes, des lieux d'espaces culturels où différents ateliers, expositions pourront être réalisés.

Par ailleurs, le stockage des œuvres doit être intégré à la réflexion.

Perspectives / Actions

La mise en place de lieux culturels voire mixtes avec une cafétéria, permettra d'inscrire le projet culturel comme étant un point fort dans notre établissement.

Installation de vitrines, de panneaux photos ...

Les acteurs au centre du fonctionnement et de la vie quotidienne y seront les patients.

Il en découle que ce ou ces lieux s'inscrivent dans la continuité de la création de la maison des usagers. A l'origine du projet de ce dernier, deux lieux avaient été inscrits, un constitué d'une cafétéria et d'espaces d'expositions de tableaux et de différentes salles pour animations d'atelier, et d'un deuxième lieu d'espaces musées.

11. Réactivation de la commission histoire

Objectif général

Inscrire la mémoire du Centre Hospitalier.

Etats des lieux

Une commission histoire a été mise en place ; ces activités se sont interrompues, depuis 4 ou 5 ans.

Or, l'inauguration du cimetière des oubliés, le stockage d'objets relevant « d'un musée », et la volonté de pérenniser l'histoire de notre hôpital, sont d'actualité.

Perspectives / Actions

- Recherche de professionnels volontaires.
- Sollicitations d'anciens professionnels actuellement en retraite.
- Renforcement du partenariat avec les structures extérieures ressources (FRAC, ...).

B – Projets co-financés

Ces projets ont été cofinancés par l'ARS, la DRAC et la Région Nouvelle Aquitaine.

Les arts au mur : artothèque

Une trentaine d'œuvres ont été sélectionnées par un groupe de patients de Lormont. Sur le site de Lormont, le fil conducteur a été « SOS Sauvons notre planète » et les artistes retenus ont été Dove ALLOUCHE, Laurent CERCIAI et Denis COINTE, Jürgen NEFZER, et sur le site de Cadillac des œuvres de Glen BAXTER, Antoine DOROTTE, JOFO, ont été exposées dans le bâtiment administratif.

Qu'est-ce que tu fabriques au Centre Hospitalier de Cadillac ? Association Palabras

Par ce projet artistique, l'Autre est mis au cœur de ses préoccupations.

L'échange est invité, la parole est recueillie par la voix, une écoute attentive est réalisée.

La création sonore mêlée à la création graphique et à l'écriture, traduit ce projet. Un espace scénographique donne à voir et à entendre.

Ainsi, de l'intérieur vers l'extérieur, une passerelle nous relie tous, visiteurs et gens du dedans.

Ce projet repose sur les rencontres, les moments partagés, l'observation.

Comme un documentaire de création, à la radio ou au cinéma, les artistes se nourrissent du réel, y pose un regard, une écoute sensible et singulière. Il s'agit également de raviver les mémoires et de construire l'histoire.

« Qu'est-ce que tu fabriques ? » interroge les liens que nous tissons les uns et les autres avec le travail, la passion, la création...

Ce projet bouscule les idées reçues et les habitudes institutionnelles.

Il valorise les savoirs disqualifiés, confronte les représentations des lieux de vie au vécu propre des acteurs de terrain.

Il invite par sa singularité, chacun à se dénuder. Cette épreuve peut être difficile à comprendre, la beauté d'une telle entreprise nous oblige à être humbles et résilients.

L'exigence des réalisations donneront à entendre et à imaginer ce que fait et vit le collectif.

Coopération avec L'ESTBA

Les dragons sont bleus, le ciel est vert, alors je suis quoi moi ?

Ce projet a été réalisé par trois opérateurs, l'hôpital de jour de la « rivière bleue » de Bègles, « l'Ecole supérieure de théâtre de Bordeaux Aquitaine » et la société de production « Massala ».

Des ateliers, en partenariat, entre l'équipe de la rivière bleue et les intervenants pédagogiques, de l'ESTBA, ont été organisés à un rythme régulier. La comédienne Bénédicte Simon a dirigé la mise en scène des artistes « patients ou élèves ».

Olivier Gerbaud accompagné d'un musicien a visité les textes de ce projet théâtral par le chant et la musique.

Bien que la situation sanitaire COVID19 a complexifié l'organisation, une restitution a eu lieu sur deux soirées à l'ESTBA.

Ce projet a conduit l'écriture et la production d'un documentaire par Catherine Ulmer-Lopez. Cette auteure-réalisatrice donne à voir sous un autre angle le parcours et le fruit de cette collaboration. Ce projet a fait l'objet de la réalisation d'un film « Putain de Lapin ».

Comme l'a dit Maud dans « je ne voudrais pas crever » :

« Si certains avaient encore l'idée de vouloir crever au début du spectacle, la claque de vie et d'envies que nous avons reçue en pleine face, aura suffi à nous en dissuader ».

L'ART-Marelle bleue

L'artiste A-MO a réalisé avec les enfants accueillis à l'hôpital de jour de l'Amarrelle bleue de Bordeaux Bastide deux fresques de « Street Art ». 31 personnes ont participé à la réalisation des fresques sur le portail d'entrée et le mur de la cour intérieure. Enfants, parents, intervenants extérieurs, partenaires associatifs, passants profitent de ce projet. Un vernissage a fait l'objet d'une rencontre collégiale, tous sont satisfaits du résultat.

A ce titre les cartes de vœux pour l'année 2022 ont été réalisées à partir de ces œuvres.

CONCLUSION

Le projet ci-dessus pourrait faire penser à une petite histoire qui donne la possibilité d'être heureux.

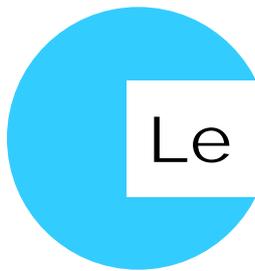
Les artistes, tous confondus, comprennent ce qui est important dans la vie.

Etre content, ou bien exister, être reconnaissant, être transparent, vivre une émotion, donner à une personne qui le mérite...c'est faire vivre un projet.

Des tremblements, des mots différents, des sensations autres, un brin de folie et un bien-être occasionnel intense et stimulant, exaltent les esprits.

L'Art et la Culture sont des refuges de notre structure psychique.

L'enjeu d'un projet culturel est de partager des idées nouvelles qui traversent nos esprits et qui nous amènent à des joies extrêmes... du plaisir.



Le projet psychologique

« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action de la - du psychologue ». (Code de déontologie des psychologues, 9.09.2021)

I. INTRODUCTION

L'article L6143-2 du Code de la Santé publique introduit par la loi de santé du 26 janvier 2016, définit que le projet d'établissement doit comporter un projet psychologique. De plus, en conformité avec les circulaires DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 et DGOS/RH4/2012/396 du 26 novembre 2012, le projet de psychologie vise une prise en compte des aspects psychologiques et enjeux psychiques dans la prise en charge du patient. Il s'inscrit dans le projet d'établissement en articulation avec le projet médico-soignant.

Le Collège des psychologues de l'établissement du Centre Hospitalier de Cadillac s'est inscrit pour la première fois dans le travail de construction d'un projet psychologique d'établissement.

Le psychologue fait partie de l'équipe pluridisciplinaire et participe, avec elle, à la prise en charge thérapeutique du patient. La pluridisciplinarité, dont le psychologue est l'un des acteurs, contribue à maintenir une diversité dans l'offre de soins et participe à la dynamique créative et innovante à l'œuvre dans les projets de soins et la politique de secteur.

La spécificité de l'intervention du psychologue tient à sa formation dans le champ des sciences humaines et à une autonomie dans l'expertise psychologique des moyens particuliers et individualisés à mettre en œuvre pour chaque situation clinique. Cette dimension, au cas par cas, exige de concevoir et repenser régulièrement le cadre des interventions psychologiques et ne pourrait se réduire à l'exécution protocolisée de tâches définies. L'approche par les sciences humaines est une condition essentielle à l'abord du psychisme humain en Santé Mentale. La spécificité des missions du psychologue et la complémentarité de son approche singulière requièrent donc des aspects hiérarchiques et fonctionnels particuliers, dans le respect des textes et réglementations régissant la profession.

Le projet psychologique se décline autour de 3 volets : administratif, clinique et formation-recherche.

I - VOLET ADMINISTRATIF

A - LES PSYCHOLOGUES DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Le métier de psychologue est défini et encadré par différents textes fondateurs.

1. Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant sur le statut particulier des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière.

Ce décret définit de manière générale les missions du psychologue dans ses trois fonctions - clinique, institutionnelle, et de recherche - et pose le cadre statutaire de la profession.

Les psychologues « conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondants à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. À ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité.

Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel.

Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évolution de leur action.

En outre, ils peuvent collaborer à des actions de formation. »

2. Code de déontologie des psychologues.

Pour garantir le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique, le psychologue se réfère notamment, sur le plan éthique, au Code de déontologie de la profession de mars 1996, réactualisé en 2012 et consolidé en septembre 2021

B - ORGANISATION COLLECTIVE INTER-PROFESSIONNELLE SOUS FORME DE COLLÈGE

Au Centre Hospitalier de Cadillac, les psychologues de l'établissement sont organisés et structurés sous forme de Collège.

Le Collège est une instance d'échange entre les psychologues, mais aussi avec les autres corps professionnels et l'administration.

C'est un lieu de réflexion, de soutien et d'organisation qui se réunit environ tous les deux mois.

Il permet la circulation des informations, d'actualités et l'avancée de réflexion concernant la profession, et la place du psychologue dans l'établissement.

Il favorise la création de liens et la cohésion au sein de la profession, dans l'établissement.

Il est en lien avec les Collèges des psychologues des autres établissements hospitaliers.

Il élabore le projet psychologique d'établissement, tel qu'il est défini par la loi de santé du 26 janvier 2016. Il participe et veille aux bonnes conditions de sa mise en œuvre, en lien avec la Direction de l'établissement et la Commission Médicale d'Établissement.

II – VOLET CLINIQUE

Introduction

La prise en compte du psychisme en tant que tel constitue la spécificité du travail du psychologue : « *La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte* » (Code de déontologie des psychologues).

Le psychologue se réfère à son code de déontologie qui lui offre des repères éthiques indispensables à sa fonction, il s'engage dans le soin à partir d'une orientation théorique de son choix, précisons que « *La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ses techniques* ».

Ce volet clinique se décline selon 4 axes et 5 Fiches Action ont été élaborées en lien avec ces axes :

Axe 1 : Renforcer l'accès aux psychologues à tous les âges de la vie.

Axe 2 : Favoriser la continuité du soin psychologique.

Axe 3 : Favoriser la prise en considération de l'environnement familial et socio-culturel du patient.

Axe 4 : Favoriser la qualité des soins proposés aux patients en soutenant le travail d'élaboration clinique dans sa dimension institutionnelle.

AXE 1- RENFORCER L'ACCÈS AU PSYCHOLOGUE À TOUS LES AGES DE LA VIE

1. Présentation

Le psychologue étudie et traite, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. (Décret n°91-129 du 31 janvier 1991)

Les fonctions cliniques du psychologue peuvent s'adresser à des personnes ou des groupes. La mise en œuvre de ces fonctions fait appel aux méthodes, moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation du psychologue qui les choisit en toute autonomie. (Circulaire DGOS 30 avril 2012)

Un accès direct, du patient au psychologue, doit être rendu possible dans chaque unité, selon les modalités définies par le/la psychologue, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire. Cet accès direct au psychologue est à articuler avec le projet de soin global du patient, élaboré en équipe.

La demande d'un.e patient.e ou de sa famille d'accéder à un.e psychologue doit être reçue par le/ la psychologue. Après analyse de la demande, il appartient au psychologue avec l'équipe d'en mesurer la pertinence.

En référence à la stratégie nationale de santé 2018-2022, le Projet Territorial de Santé Mental met l'accent sur la nécessité du repérage précoce des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent. Les enjeux, en termes de santé publique, sont importants puisqu'une prise en charge précoce permet une meilleure perspective d'évolution.

Les différentes périodes de la vie sont à prendre en compte dans leur spécificité sur le plan développemental, clinique et psychopathologique. Et à chacun de ces moments de vie, l'accès au soin psychologique doit être favorisé, lorsque le patient en fait la demande.

2. Périnatalité et Petite Enfance

Le rapport des "1000 premiers jours" (septembre 2020) met en avant la nécessité de la prévention et du soin précoce, ainsi que le soutien à la parentalité.

La périnatalité est la période qui couvre la grossesse, la naissance et qui s'étend jusqu'à la première année de l'enfant. Le travail du psychologue est de repérer les fragilités des parents, de prévenir chez certaines patientes des risques de décompensations et de travailler les liens parents enfant.

Le travail en périnatalité implique une articulation entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie quand le parent est en grande souffrance psychique.

Sur le PEA, 2 équipes spécifiques existent, aux CMP Petite Enfance de Cenon et de Langon.

Tous les CMPEA peuvent accueillir des enfants de moins de 4 ans : règle de priorité (15 jours de délais), dispositifs spécifiques. Certaines équipes ont développé des actions de prévention avec la PMI et les partenaires du territoire de la petite enfance.

3. L'enfance : de 3 à 12 ans

Les CMPEA accueillent les enfants et préadolescents de 3 à 12 ans.

Le psychologue reçoit l'enfant et ses parents, entend leur demande et peut proposer un soin psychologique individuel, groupal, ainsi qu'un accompagnement familial.

Le psychologue participe au repérage de problématiques qui pourraient entraver l'enfant dans son développement, et au dépistage de troubles psychopathologiques.

Le psychologue avec l'équipe soignante construit un projet de soin individualisé.

Les enfants présentant des troubles sévères nécessitent des prises en charge parfois multiples, des liens resserrés avec les partenaires, un travail d'accompagnement des familles au plus près des besoins, ceci afin d'offrir une contenance institutionnelle.

Le psychologue est particulièrement concerné par ces situations de soin, qui sont extrêmement demandeuses de temps.

Un travail de réflexion plus général a été initié en 2019-2020 sur l'accueil en CMPEA, et devrait se poursuivre aux vues des demandes de consultations qui continuent à affluer, et aux constats de suivis de plus en plus complexes.

CONSTATS :

- Des délais d'attente importants pour l'accès au soin psychologique.
- Les psychologues en CMPEA sont en nombres insuffisants pour répondre à l'augmentation des demandes. 18
Projet psychologique d'Établissement du Centre Hospitalier de Cadillac - Version du 7/04/2022
- Une augmentation d'enfants et préadolescents présentant des troubles sévères ou des difficultés relevant d'une prise en charge institutionnelle (CATTP, Hôpital de jour, SESSAD, ITEP, IME...).
- Malgré le travail d'orientation et la notification de la MDPH réalisée, un manque de place dans les structures médico-sociales, implique que le soin se poursuit en CMPEA parfois sur plusieurs années, le temps que l'enfant y soit accueilli.

4. L'adolescence

La prise en charge des adolescents s'exerce principalement sur le Pôle Enfant Adolescent, avec des prises en charge en hôpitaux de jour pour adolescents (Podensac et Villenave d'Ornon), des consultations d'adolescents sur les CMPEA qui couvrent l'ensemble du territoire, dont une consultation dédiée aux adolescents sur le CMP de Lormont.

Sur les CMPEA, l'accueil des adolescents est prioritaire avec un délai de 15 jours.

Un dispositif Ado

« Le dispositif Ados », commun aux CMPEA de Villenave d'Ornon et de Bègles, accueille en urgence les demandes d'adolescents. Ce dispositif est composé de deux médecins et de trois psychologues, et propose un travail de partenariat actif avec les Collèges, les lycées et institutions du secteur.

Une équipe mobile EMR

La création d'une équipe mobile « EMR » Équipe Mobile Ressource en 2020, à destination des établissements sociaux et médico sociaux accueillants des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, et à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, a pour mission de proposer des prises en charges de situations très complexes.

Projet de la création d'une « Équipe Mobile Ados non demandeurs Sud Gironde ».

CONSTATS :

- Une augmentation du nombre d'adolescents très agissants, et de plus en plus jeunes.
- Une saturation des lits d'hospitalisation pour adolescents à l'hôpital Charles Perrens.

5. Les jeunes de 16 à 25 ans

Pour les patients entre 16 et 25 ans, l'accompagnement et le soin psychologique sont spécifiques. Pour les jeunes hospitalisés ou suivis en CMP, le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est un moment charnière, très sensible, et à risque, notamment celui de décompensation.

● L'hospitalisation pour les jeunes

Dans des unités d'hospitalisation, il est nécessaire qu'un psychologue soit présent dans les équipes pluridisciplinaires.

CONSTAT :

Les psychologues sont particulièrement sollicités par ces jeunes lors de l'hospitalisation.

● Les étudiants

Il s'agit d'un âge de transition, d'émancipation du milieu familial, d'un entre-deux, et de la construction d'un projet professionnel, les remaniements liés à cette période de la vie sont propices à l'apparition de questions identitaires pouvant donner lieu à des désorganisations psychiques, plus ou moins graves. Cette population étudiante demande le plus souvent à rencontrer un psychologue.

CONSTAT :

- Une augmentation de la population étudiante sur la rive droite de Bordeaux Métropole, avec l'implantation du campus Bastide (Pôle Universitaire des Sciences de Gestion) et une offre de résidences universitaires, ce qui donne lieu à l'accroissement des demandes de consultations psychologiques en CMP de la part d'étudiants résidant sur les territoires géographiques dédiés, population exposée à l'émergence de détresse psychologique, et dont la vulnérabilité est repérée.

6. En psychiatrie adulte

L'accès au psychologue en psychiatrie adulte fait l'objet d'une forte demande, dans toutes les unités, qu'elles soient en intra hospitalier ou en extra hospitalier. Ces suivis s'inscrivent dans une durée, que le psychologue évalue selon ses propres outils conceptuels.

Les suivis psychologiques débutent souvent dans le cadre d'une première hospitalisation, d'une demande spontanée, d'une orientation au CMP par des partenaires extérieurs, mais aussi dans la continuité d'un travail initié en service de pédopsychiatrie.

Les personnes accueillies nécessitent d'être prise en compte dans leur globalité en intégrant leur environnement social, familial et culturel.

Au cas par cas, elles peuvent nécessiter des accompagnements pluridisciplinaires réguliers, être orientés sur d'autres unités en complément du soin psychologique (comme le CATT, Hôpital de Jour...), avec un étayage au quotidien.

Le lien que l'on va tisser avec les différents services de l'hôpital, ainsi qu'avec les partenaires extérieurs (MDS, mairie, associations, psychologues libéraux...) favorise l'inscription du sujet dans son parcours de soin.

L'accès au psychologue se fait également par la présence de psychologue lors de soins psychiques en groupe, tels que les ateliers thérapeutiques, culturels, ou sur des temps informels. La participation des psychologues à la pluralité de soins contribue à favoriser l'accès au soin psychologique, pour les patients.

CONSTATS :

- L'accès direct au psychologue est variable en fonction des unités.
- Une disparité des temps de psychologues entre unités, avec un manque partiel, voir complet de psychologue (absence de poste de psychologue, manque de temps aiguë dans les CMP...), non justifié par rapport à la demande, et à la démographie.
- Rupture ou difficulté pour le patient de poursuivre un suivi psychologique, une psychothérapie, en sortant d'hospitalisation, en lien avec les délais d'attente trop important en CMP.
- Demandes de plus en plus nombreuses en CMP, entraînant des délais d'attente de plusieurs mois.

7. La Géro-psycho-psychiatrie

Les patients âgés sont reçus en CMP Adultes sur l'ensemble du territoire.

Une Unité de Géro-Psycho-psychiatrie Ambulatoire (UGPA) intervient sur le territoire du pôle A auprès de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et de leur entourage.

Le psychologue repère les fragilités psychiques induites par les effets de la maladie et propose un accompagnement, consultations et suivis psychologiques aux familles, enfants, conjoint, afin de prévenir les troubles psychiques des proches.

Une unité d'admission intersectorielle accueille des patients de plus de 70 ans sur une durée moyenne d'hospitalisation de deux mois. Sur ce temps d'hospitalisation, le patient et son entourage peuvent rencontrer le psychologue autant de fois que nécessaire, tant pour le suivi psychologique des patients et des aidants que pour une évaluation des fonctions cognitives des patients.

8. Propositions de travail axe 1

Objectif 1 : Préserver/garantir la présence d'un psychologue dans les équipes pluridisciplinaires, avec un temps de travail suffisant pour répondre à ses missions clinique, institutionnel et information-recherche

Objectif 2 : Garantir la possibilité d'un accès direct au psychologue dans toutes les unités, selon les modalités définies par le/les psychologues de l'unité, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.

Notamment, garantir l'accès direct au psychologue, de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, dès qu'il y a eu une évaluation d'un psychologue, de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte, ou du libéral. (Cf. axe 2)

Objectif 3 : Préserver/garantir une qualité de soin psychologique malgré l'affluence des demandes

Référence à la fiche action du PMS : « Fonctionnement des CMPEA »

Objectif 4 : Faciliter l'accès au psychologue dans l'offre de soins qui permet une prise en charge précoce des troubles psychiques, une prévention du risque suicidaire, et donc de limiter les hospitalisations

Soutenir les dispositifs spécifiques de dépistage, et de soin précoce.

Objectif 5 : Favoriser les liens entre les équipes de psychiatrie périnatale, de psychiatrie de liaison, les services de néo-natalité, et les CMP Petite enfance (Cenon et Langon).

Référence à la fiche action du PMS : « Unité Ressource Périnatalité et petite enfance entre deux mers rive droite »

AXE 2- FAVORISER LA CONTINUITÉ DU SOIN PSYCHOLOGIQUE

1. Présentation

Le processus thérapeutique est un processus propre à chaque patient. Il s'inscrit dans une temporalité qui peut durer de quelques semaines à plusieurs années, et ne peut pas être standardisée.

Aussi, lorsque l'accompagnement et le soin psychologique des personnes en souffrance psychique nécessite du temps, il est nécessaire de travailler les questions du lien, et de la continuité du travail thérapeutique.

Cependant, le lien et la continuité du soin paraissent particulièrement fragilisés lorsqu'il se décide une orientation sur une autre unité de soin, ou vers une autre structure, ou encore lorsque le patient est accompagné par plusieurs services.

Aussi, dans des moments d'orientation, de passage, il s'agit de penser et de mettre en œuvre une continuité du soin psychologique pour le patient et sa famille, offrant ainsi un cadre thérapeutique suffisamment contenant et

sécurisant. Cette mise en œuvre se décline au cas par cas : possibilités de réunions de présentation de patient, liens téléphoniques, ...

La transmission d'éléments cliniques se fait avec l'accord du patient, et avec l'accord des parents en pédopsychiatrie, ceci, dans le respect du secret professionnel. En effet, cette transmission doit s'inscrire dans le respect des droits fondamentaux du patient, spécialement de leur dignité, leur liberté et de leur protection.

2. Constats

- Lors d'une hospitalisation, peu d'échanges ont lieu entre services de soins en ambulatoires et unités hospitalières.
- Peu d'articulation entre unités de soin spécifique et les autres unités de soin.
- Un manque d'articulation entre services de pédopsychiatrie (petite enfance, enfance et adolescence), psychiatrie adulte et gérontopsychiatrie.
- Peu de communication entre les services de soins et les établissements médico-sociaux (CCAS, MDS, Foyers, ITEP, IME...)

2. Propositions de travail axe 2

Objectif 1: Favoriser les liens autour du patient en :

- Garantissant l'accès direct aux psychologues.
- Développant les rencontres institutionnelles inter-unités (afin d'avoir une meilleure connaissance des services et des spécificités des pratiques).
- Mettant en place des temps de réflexion en commun entre les services de pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, et géronto-psychiatrie, permettant d'articuler des projets de soin autour du patient.

Objectif 2: Maintenir et continuer de développer des groupes de travail transversaux et pluriprofessionnels.

Objectif 3: Favoriser la collaboration avec les partenaires extérieurs du secteur médico-social pendant le suivi, et lors d'orientation.

Objectif 4: Dans les moments d'orientation et de passage, favoriser l'accès direct au psychologue dès lors qu'une indication de soin psychologique a été posée par une autre équipe, au sein de l'établissement.

AXE 3 - FAVORISER LA PRISE EN CONSIDÉRATION DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIO-CULTUREL DU PATIENT

1. Présentation

En psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie, l'accueil d'un patient en demande de soin psychologique conduit à s'intéresser et prendre en considération son environnement social, culturel et familial.

Pour certaines situations cliniques, il est nécessaire d'adapter les modalités de soin psychologique aux problématiques liées à l'environnement familial et socio-culturel du patient. Aussi, nous avons relevé l'intérêt que notre établissement puisse favoriser l'accès à la consultation familiale, à la thérapie familiale, mais aussi l'accès à des consultations adaptées aux patients et familles non-francophones.

Le travail avec les familles va de la rencontre ponctuelle, à un engagement d'entretiens familiaux réguliers jusqu'au dispositif de thérapie familiale. Le travail avec les familles peut concerner tous les professionnels qui travaillent auprès des patients et prend différentes formes :

En pédopsychiatrie : consultations parents-enfant, guidance parentale, groupes parents-enfants ...

En psychiatrie adulte : consultation de couple, de famille.

La thérapie familiale requiert la validation d'une formation spécifique et se conçoit dans un cadre nécessitant un travail de co-intervention, avec des personnes également formées à cette spécificité.

En pédopsychiatrie, le soin psychologique d'un enfant implique d'emblée la famille : au niveau de la demande, au niveau de l'accord pour le soin et les parents vont être plus ou moins engagés dans le processus de soin. Le soin de l'enfant implique un engagement dans l'accompagnement physique et psychique, la création d'une alliance thérapeutique.

En psychiatrie adulte, le soin psychologique du patient majeur n'implique pas nécessairement la famille. Cependant, nous constatons différentes situations où proposer des entretiens familiaux ou une thérapie familiale peut être bénéfique pour le patient, dans la mesure où ce travail peut favoriser des réaménagements psychiques pour chacun des membres, favoriser une communication, favoriser la qualité des liens intrafamiliaux et conjugaux. Dans certaines situations, ce travail peut participer à maintenir l'autonomie du patient.

En psychiatrie du sujet âgé, le soin psychologique implique nécessairement la famille. En ce sens, des entretiens de soutien sont proposés à l'entourage qui le nécessite. À la sortie d'hospitalisation, certains aidants sont orientés sur l'Unité de Géronto-Psychiatrie Ambulatoire pour une continuité du suivi.

Enfin, en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte, devant l'augmentation de demande de soin psychologique de patients non francophones, issus de culture étrangère, il paraît très important que nous puissions avoir recours facilement à des dispositifs thérapeutiques adaptés et avoir des espaces pour élaborer les spécificités du travail clinique auprès de ces patients.

2. Constats

- Augmentation des situations de vulnérabilités familiales et psychosociales : précarité, isolement social, parents isolés, déracinement, parents migrants non francophones, situations de violences intrafamiliales, familles qui se décomposent et se recomposent, impact du Covid sur l'aggravation de ces risques
- La demande de soin pour les enfants de familles migrantes augmente sur la métropole bordelaise : au-delà de la langue, l'écart des représentations culturelles met en échec beaucoup de prise en charge.
- En raison de l'impossibilité de choisir des associations de médiateur interprètes, nous constatons un manque de qualification des interprètes.
- Peu de lieux de consultations spécialisées en psychologie transculturelle existent en Gironde et les délais d'attente augmentent, malgré la consultation transculturelle de l'hôpital St André.

3. Propositions de travail axe 3

Objectif 1 : Favoriser l'accès à la consultation familiale, et aux thérapies familiales :

En pédopsychiatrie, favoriser une consultation familiale d'accueil avec un psychologue lorsqu'il y a une demande de soin pour plusieurs enfants d'une même famille :

- Dans les demandes de soin pour des enfants ayant été témoin de violences conjugales ou intrafamiliales par un parent, ou à la suite d'un événement traumatique (suicide d'un parent, décompensation psychiatrique d'un parent), il est pertinent de recevoir la fratrie ensemble, avec le, ou les parents.
- Lorsque l'âge des enfants implique plusieurs unités de soin (CMPPE/CMPEA) : proposer une consultation sur le site le plus approprié ; seul ou en binôme.

En psychiatrie adulte : favoriser l'accès à la consultation familiale pour les personnes en demande, en ambulatoire, et en hospitalisation.

Favoriser la mise en place de dispositif de travail familial thérapeutique dans les unités.

Favoriser l'accès à la formation spécifique au travail familial pour les psychologues.

En géronto-psychiatrie : maintenir l'accès à la consultation familiale, lors d'hospitalisation, et en ambulatoire.

Objectif 2 : Favoriser la mise en place de dispositif de travail familial thérapeutique dans les unités, avec des personnels formés.

Objectif 3 : Favoriser les consultations familiales ponctuelles, en binôme, avec un psychologue de pédopsychiatrie/et le psychologue de service adulte.

Objectif 4 : Favoriser l'accès à des consultations adaptées aux patients et familles non francophone par l'intervention systématique de médiateurs-interprètes formés.

Objectif 5 : Créer un groupe de travail pluridisciplinaire, pour construire un dispositif adapté au soin des patients migrants.

Objectif 6 : Développer un partenariat avec des associations concernant la prise en charge des familles migrantes.

Objectif 7 : Améliorer le partenariat avec l'équipe de Consultations transculturelles du CHU St André à travers l'établissement d'une convention.

Objectif 8 : Soutenir les professionnels dans la prise en charge des situations transculturelles complexes - Mettre en place un temps d'analyse de la pratique transversale : présentation de cas clinique et relecture par les intervenants spécialisés.

AXE 4 - FAVORISER LA QUALITÉ DES SOINS PROPOSÉS AUX PATIENTS EN SOUTENANT LE TRAVAIL D'ÉLABORATION CLINIQUE DANS SA DIMENSION INSTITUTIONNELLE.

1. Présentation

Le soin en psychiatrie est fondamentalement un soin relationnel.

L'hôpital est un lieu d'accueil des troubles psychiques des patients, et par là même un lieu support de l'expression de leurs processus psychopathologiques. Cela doit, à ce titre, faire l'objet d'une analyse permanente et renouvelée, à l'aide d'outils conceptuels.

Il y a une dimension au cas par cas, qui nécessite de co-construire un projet de soin individualisé, et de repenser régulièrement le dispositif thérapeutique proposé à chaque patient. La mise en commun de l'approche des points de vue de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire permet cette élaboration du soin et favorise la coordination entre les professionnels.

Le psychologue transmet des éclairages conceptuels sur le fonctionnement psychique aux soignants, il contribue par ses apports théorico-cliniques à un repérage de la pratique clinique, et ainsi à l'élaboration de la pratique soignante.

En effet, l'abord du psychisme en santé mentale ne peut être réduit à une segmentation du sujet, il y a à travailler avec la singularité de chaque sujet.

C'est ce qui permet les **réunions cliniques pluriprofessionnelles** qui renouent avec l'approche globale de la personne, et en même temps unique à chaque patient.

Ces réunions illustrent le principe de la collaboration entre membre d'une équipe soignante. En effet, elles amènent l'équipe à reconnaître ses propres mouvements, et ainsi à repérer les propres mouvements psychiques du patient, ce qui ouvre à identifier la dynamique relationnelle qui se met en place, entre patients et professionnels, dans le cadre du soin.

Ces réunions pluriprofessionnelles participent au sentiment d'appartenir à une équipe soignante, à l'idée de contribuer ensemble à un projet de soin commun, ce qui soutient le sens donné par chacun à son travail et renforce l'identité professionnelle.

Ce maillage institutionnel apporté par les différentes réunions prend part ainsi à la prévention de l'épuisement professionnel des soignants.

En effet, il y a une nécessité pour les soignants de trouver du sens dans leurs manières de travailler et de concevoir les soins. Un soin non suffisamment pensé, non articulé, peu partagé, aura pour effet une perte de sens pour les soignants et les patients, favorisant l'usure professionnelle et le désinvestissement au travail.

Dans les unités, le psychologue assure une mission clinique institutionnelle, en référence à la fiche métier.

Le psychologue soutient la tenue et la régularité de différentes réunions autour du patient, réunions auxquelles il participe : réunions cliniques pluriprofessionnelles et réunions de synthèse.

Ces temps de travail favorisent l'élaboration théorico-clinique autour des situations cliniques.

Le travail d'élaboration clinique autour du patient est également favorisé par la collaboration des psychologues avec d'autres professionnels lors de travail en binôme, tels que dans les groupes thérapeutiques, les ateliers thérapeutiques à médiation, la consultation familiale...

2. Constat

Tendance à la rareté ou même à la disparition des réunions autour du patient.

3. Propositions de travail axe 4

Objectif 1 : Dans chaque unité de fonctionnement, soutenir la tenue et la régularité des temps de réunions cliniques, autour du patient.

Objectif 2 : Favoriser la mise en place d'espace de travail théorico-clinique.

FICHES ACTION EN LIEN AVEC LES AXES CLINIQUES

1. Fiche Action n°1 en lien avec axe 1



Projet psychologique d'établissement Fiche Action 1 - Renforcer l'accès au psychologue à tous les âges de la vie

Contexte de la fiche action : L'accès au soin psychologique prodigué par les psychologues dans les unités de soins fait partie intégrante des soins proposés aux patients de psychiatrie, sa demande par les patients est forte et en augmentation dans certaines unités.

Enjeux : Répondre aux besoins de soins psychologiques de la population du territoire du Centre Hospitalier en souffrance psychologique et/ ou souffrant de troubles psychiques.

Garantir aux citoyens du territoire du centre hospitalier, une équité d'accès au psychologue en psychiatrie.

RÉFÉRENCES AU PTSM OU AU CPOM OU AU PROJET MÉDICAL PARTAGE si pertinent :

Fiche Action CMP Pivot, allant dans le sens de l'objectif « de proposer la même offre de soins à tous les patients de notre territoire » et participant à l'objectif de « réduire le recours à l'hospitalisation ».

2 fiches action du PPE sont complémentaires : la fiche action Prévention et périnatalité et la fiche action consultations étudiantes CMP Bordeaux Bastide.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) et territoire d'intervention : personne de tout âge en souffrance psychologique et/ou souffrant de troubles psychiques nécessitant un soin psychologique.

Constat(s) auquel(s) le projet répond : Différents constats ont été réalisés au sein de nos unités : délai d'attente important pour l'accès au soin psychologique ; un accès variable en fonction des unités ; un manque de temps de psychologue dans certaines unités (principalement en CMP) ; la forte demande de suivi psychologique par les patients

Objectifs :

Général : Dans chaque unité, l'accès au soin psychologique prodigué par les psychologues doit être favorisé et facilité.

Objectif 1 : Préserver/garantir la présence d'un psychologue dans les équipes pluridisciplinaires, avec un temps de travail suffisant pour répondre à ses missions clinique, institutionnel et information-recherche.

Objectif 2 : Garantir la possibilité d'un accès direct au psychologue dans toutes les unités, selon les modalités définies par le/les psychologues de l'unité, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.

Objectif 3 : Préserver/garantir une qualité de soin psychologique malgré l'affluence des demandes.

Objectif 4 : Faciliter l'accès au psychologue dans l'offre de soins qui permet une prise en charge précoce des troubles psychiques, une prévention du risque suicidaire, et donc de limiter les hospitalisations.

Description de la mise en œuvre :

Responsables : Psychologues, Chefs de Pôle, Médecins responsables d'unités

Calendrier : 2022

Ressources et financements : Voir financement possible pour augmentation de postes de psychologues principalement en ambulatoire.

Synthèse de la fiche action :

Étapes de mise en œuvre (actions)	Responsable/ effecteur	Personnes à solliciter	Indicateurs	Échéance
Identifier les besoins d'ETP de psychologues sur les unités	Chef de Pôle, Médecins responsables d'unités Psychologues	Équipe pluridisciplinaire	ETP/ file active et nombre d'habitants couvert par le secteur ETP/ demandes, liste d'attente Harmoniser ETP vers le haut.	

			<i>En janvier 2021, premier repérage partiel des besoins qui reste à approfondir : Pôle A : 3 ETP en CMP Pôle B : 0.5 ETP Pôle C : 0.5 ETP Pôle Perspective : 2,5 ETP, en unité d'admission PEA : 4 ETP en CMPEA et CATTP 0.5 ETP psychologue du travail Au total : 11 ETP</i>	
Recruter des psychologues en fonction des besoins identifiés	DRH, chef de pôle, médecins responsables d'unité	DRH		Dès 2022
Repérer les unités dans lesquelles un accès direct au psychologue n'est pas encore mis en place	Psychologues	Psychologues		Courant 2022
Identifier les causes de la non mise en place de modalités pour un accès direct au psychologue dans les unités concernées	Psychologues	Équipe pluridisciplinaire		Courant 2022
Mise en place de possibilité d'un accès direct au psychologue	Psychologues, Responsable d'unités	Équipe pluridisciplinaire		Dès 2022
Repérage, par les psychologues de chaque unité, des problèmes qui peuvent impacter la qualité du soin psychologique proposé aux patients. Centralisation des données par le Collège des psychologues, analyse, mise en lien avec médecins responsables unités, chefs de pôles, DRH, en fonction des problématiques repérées.	Psychologues	Psychologues		Dès 2022
Au sein des unités, identifier et analyser les difficultés rencontrées à l'accès au psychologue pour les demandes analysées comme prioritaire	Psychologues	Équipe pluridisciplinaire		Dès 2022

2. Fiche Action n°2 en lien avec axe 2



Projet psychologique d'établissement Fiche Action n°2 - Favoriser la continuité du soin psychologique

Contexte de la fiche action : Lors de leur parcours de soins en psychiatrie, les patients peuvent être suivis dans une unité puis orientés dans une autre, pour diverses raisons : sortie d'hospitalisation, hospitalisation, âge, changement de secteur.... Cette orientation peut fragiliser le soin psychologique, si la continuité n'est pas assurée.

Enjeux : Dans les moments d'orientation et de passages, favoriser la continuité du soin psychologique, pour le patient et sa famille, afin d'offrir un cadre suffisamment contenant et rassurant.

REFERENCES AU PTSM OU AU CPOM OU AU PROJET MEDICAL PARTAGE si pertinent :

Fiche Action du CMP PIVOT – Référence à l'objectif 10 : Améliorer la transition hospitalo-ambulatoire du début à un mois après le retour au domicile.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) et territoire d'intervention :

Patient de tout âge en souffrance psychologique et/ou souffrant de troubles psychiques bénéficiant de soins psychologiques dans une unité du centre hospitalier pour qui une orientation a été décidée.

Constat(s) auquel(s) le projet répond : Plusieurs constats ont été établis : lors d'une hospitalisation, peu d'échange ont lieu entre services de soins ambulatoires et unités hospitalières ; peu d'articulation entre unité de soin spécifique et autres unités de soin ; manque d'articulation entre service de pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et gérontopsychiatrie, peu de communication entre services de soin et services médico-sociaux.

Objectifs :

Général : Favoriser la continuité du soin psychologique pour le patient lors d'une orientation vers un autre lieu de soin.

Objectif 1 : Favoriser les liens autour du patient, en accord avec le patient et/ou son/ses responsable.s légal.aux.

Objectif 2 : Maintenir et continuer de développer des groupes de travail transversaux et pluriprofessionnels.

Objectif 3 : Favoriser la collaboration avec les partenaires extérieurs du secteur médico-social pendant le suivi et lors d'une orientation, en accord avec le patient et/ou son/ses responsable.s légal.aux.

Objectif 4 : Dans les moments d'orientation et de passage, favoriser l'accès direct au psychologue dès lors qu'une indication de soin psychologique a été posée par une autre équipe, au sein de l'établissement.

Description de la mise en œuvre :

Responsable(s) : Les psychologues des différentes unités de l'établissement.

Calendrier : 2022

Ressources et financements : moyens actuels, avec des temps dédiés aux liens et aux échanges cliniques, et aux liens institutionnels.

Synthèse de la fiche action :

Etapes de mise en œuvre (actions)	Responsable/ effecteur	Personnes à solliciter	Indicateurs	Echéance
Repérer et analyser les difficultés aux échanges cliniques, autour de patient, lors de changements d'unités ;	Psychologues	Psychologues	Échanges cliniques autour du patient, lors des changements d'unités (lien téléphonique, rencontres) À évaluer au cas par cas.	Dès 2022
Recenser les groupes de travail transversaux	Psychologues	Psychologues		Déjà effectué
Identifier et analyser les difficultés rencontrées dans le lien avec les	Psychologues	Psychologues, Équipe pluridisciplinaire	Existence de liens, lors des orientations.	Dès 2022

partenaires extérieurs, lors d'une orientation.		Partenaires : -structures médico-sociales, - professionnels de santé en libéral.	À évaluer, au cas par cas.	
Lors des orientations, lorsqu'une indication de soin psychologique a été posée par une équipe, repérer les difficultés de la mise en place du soin psychologique dans l'unité qui reçoit le patient.	Psychologues	Psychologues, Équipe pluridisciplinaire.	Mettre en place un recensement des difficultés rencontrées dans la continuité du soin psychologique, lors des changements d'unité des soins. Centralisation des données par le Collège des psychologues.	Dès 2022

3.Fiche Action n°3 en lien avec axe 3



Projet psychologique d'établissement Fiche action n°3 - Favoriser la prise en compte de l'environnement socio-culturel du patient : Psychopathologie et Transculturalité.

Contexte de la fiche action : En pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte, nous constatons une augmentation de demande de soin psychologique de patients non francophones, issus de culture étrangère, avec une représentation différente de la maladie mentale, ce qui parfois induit une rupture de soin.

Les psychologues doivent réfléchir à des dispositifs thérapeutiques adaptés et mettre en place des espaces pour élaborer les spécificités du travail clinique auprès de ces patients.

Enjeux : Prendre en compte la dimension transculturelle afin de permettre l'accès au soin en santé mentale.

RÉFÉRENCES AU PTSM OU AU CPOM OU AU PROJET MÉDICAL PARTAGE si pertinent :

CPOM 2020, objectif 3 : « Réduire les inégalités sociales de santé des populations vulnérables, s'appuyant sur la mesure 27 du Ségur de la santé ».

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) et territoire d'intervention : Enfants, parents, adultes en situation de migration, pour qui la dimension transculturelle apparaît comme un frein, dans l'accès au soin psychologique.

Territoire concerné : Métropole Bordelaise Territoire du CH de Cadillac-

Constat(s) auquel(s) le projet répond : Augmentation de demandes de soin psychologique de personnes migrantes en Gironde, et spécifiquement sur la métropole bordelaise.

Ces populations migrantes cumulent des problématiques de précarité économique et sociale.

Problèmes d'adhésion au soin liés à une incompréhension du soin, du fait d'écart culturel dans la représentation du soin et des difficultés liées à la langue.

Nous repérons des difficultés dans l'accès à des médiateurs interprètes formés pour les consultations.

Les professionnels sont en difficultés pour répondre de façon adaptée à ces demandes spécifiques.

Un pourcentage important d'enfants de migrants sont en soin dans nos services avec des ruptures de soin dommageable. La vulnérabilité des enfants de migrants est connue (Thèse de Léa Martin 2015-Travaux de Marie Rose Moro.). La vulnérabilité maternelle en situation d'exil (travaux de Dr Mestre) induit un risque pour la santé psychique de la mère et de l'enfant.

En psychiatrie adulte, il existe peu de lieux de consultations spécialisées en psychologie transculturelle en Gironde.

Nous constatons des difficultés d'orientations vers les consultations transculturelles du CHU St André du fait des délais d'attente.

D'autre part, la disparition de l'Unité Interculturelle du CH de Cadillac laisse un manque pour répondre à ce soin spécifique.

Objectif Général : Améliorer l'accès au soin et éviter les ruptures de soin des patients en situation de migration, en intégrant la dimension transculturelle dans nos pratiques soignantes.

Objectif 1 : Favoriser l'accès à des consultations adaptées aux patients et familles non francophone par l'intervention systématique de médiateurs-interprètes formés.

Objectif 2 : Créer un groupe de travail pluridisciplinaire, pour construire un dispositif adapté au soin des patients migrants.

Objectif 3 : Développer un partenariat avec des associations concernant la prise en charge des familles migrantes.

Objectif 4 : Améliorer le partenariat avec l'équipe de Consultations transculturelles du CHU St André à travers l'établissement d'une convention.

Objectif 5 : Soutenir les professionnels dans la prise en charge des situations transculturelles complexes - Mettre en place un temps d'analyse de la pratique transversale : présentation de cas clinique et relecture par les intervenants spécialisés.

Description de la mise en œuvre :

Responsable(s) : Psychologues

Calendrier : 2022-2024

Ressources et financements : -Temps dédiés aux liens et aux échanges avec les partenaires concernés, participation bimensuelle à la réunion « Maternité en exil » au CHU Saint André, par l'équipe d'ethnopsychiatrie (Dr Mestre).

Budget pour formation / analyse de la pratique avec intervenant spécialisé en transculturalité : à définir

Synthèse de la fiche action :

Étapes de mise en œuvre (actions)	Responsable/ effecteur	Personnes à solliciter	Indicateurs	Échéance
Créer groupe de travail : 1 psychologue PEA, professionnels psychologue secteur adulte + autres professionnels concernés par les questions de transculturalité Groupe Transversal	2 Psychologues	Consultations Ethnopsychiatrie Ethnotopie, CHU St André *Bordeaux A.M.I Intermed ... + Médecin		À partir de mai 2022
Mise en place d'un dispositif d'analyse de pratique avec intervenant spécialisé pour professionnels du CH présentant 1 situation clinique	2 Psychologues	Intervenants spécialisés en ethnopsychiatrie	Évaluation qualitative par les participants	De janvier 2023 à fin 2024
Mise en place d'une convention avec CHU St André	Médecin + psychologue	Médecin psychiatre du CH Cadillac + Médecin Ethnopsychiatre du CHU St André		Année 2022
Développer le partenariat avec les associations concernées par prise en charges de migrants	À voir	Associations à lister : Association Médiation Interculturelle, CLAP,	Nombre de partenaires sollicités	Année 2023
Intervention systématique de médiateurs interprètes formés pour les familles non francophones	Le médecin responsable d'unité + psychologue	Demande auprès du cadre de l'unité de soin, qui adresse au service économique	Adéquation entre la demande et le service proposé par les associations de médiateurs interprètes	En cours

4. Fiche Action n° 4 en lien avec axe 3



Projet psychologique d'établissement Fiche Action n°4 - Favoriser l'accès à la consultation familiale et à la thérapie familiale

Contexte de la fiche action : En pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte, en psychiatrie du sujet âgé, l'accueil d'un patient en demande de soin psychologique conduit à s'intéresser et prendre en considération son environnement familial. Au cas par cas, la proposition d'un travail familial qui peut aller de la consultation de soutien à la mise en place de thérapie familiale, peut favoriser les réaménagements psychiques pour chacun des membres, favoriser une communication, favoriser la qualité des liens intrafamiliaux et conjugaux. Dans certaines situations, ce travail peut participer à maintenir l'autonomie du patient.

Enjeux : Dans toutes les unités de l'hôpital, faciliter et favoriser l'accès à la consultation familiale et/ou à la thérapie familiale pour les patients pour qui cette orientation spécifique de soin psychologique est pertinente

RÉFÉRENCES AU PTSM OU AU CPOM OU AU PROJET MEDICAL PARTAGE si pertinent :

Fiche Action du CMP PIVOT – Point 7 : organiser des consultations avec des familles.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) et territoire d'intervention : Patient et leur famille, couple, en souffrance psychologique et/ ou présentant des troubles psychiques souhaitant accéder à un travail familial

Constat(s) auquel(s) le projet répond : Pour les patients et leur famille, un accès inégal à la consultation familiale sur les unités de l'hôpital

Général : Favoriser l'accès à la consultation familiale et aux thérapies familiales

Objectif 1 : En pédopsychiatrie, favoriser une consultation familiale d'accueil avec un.e psychologue, lorsqu'il y a une demande de soin pour plusieurs enfants d'une même famille

Objectif 2 : En psychiatrie adulte, favoriser l'accès à la consultation familiale pour les personnes en demande, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation.

Objectif 3 : En géro-psi-chiatrie, maintenir l'accès à la consultation familiale.

Objectif 4 : Favoriser la mise en place de dispositif de travail familial thérapeutique dans les unités, avec des professionnels formés.

Objectif 5 : Développer des consultations familiales transversales de manière ponctuelles, en binôme, avec un.e psychologue de pédopsychiatrie et le psychologue de service adulte.

Description de la mise en œuvre :

Responsable(s) : Les psychologues des différentes unités de l'établissement.

Calendrier : 2022

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Etapes de mise en œuvre (actions)	Responsable/ effecteur	Personnes à solliciter	Indicateurs	Échéance
Recenser les psychologues souhaitant accéder à une formation de travail familial, lien avec service formation	Psychologues	Psychologues	Nombre de psychologues	Dès 2022
Permettre l'accès à la formation spécifique au travail familial pour les psychologues	Psychologues Service formation	Service formation		Dès 2022

Repérer et analyser au niveau du Collège les difficultés rencontrées par des professionnels souhaitant mettre en place un dispositif de consultation familiale.	Psychologues	Psychologues		Dès 2022
Participer au travail de mise en place de consultation familiale lors de la création des CMP Pivot	Psychologues	Psychologues Équipe pluri-disciplinaire		Déterminée par mise en place CMP pivot

5. Fiche Action n°5 en lien avec axe 4



Projet psychologique d'établissement Fiche Action n°5 - Favoriser la qualité des soins proposés aux patients en maintenant les réunions cliniques

Contexte de la fiche action :

Le soin en psychiatrie est fondamentalement un soin relationnel. L'hôpital est un lieu d'accueil des troubles psychiques des patients et par la même un lieu support de l'expression de leurs processus psychopathologiques qui doivent, à ce titre, faire l'objet d'une analyse permanente et renouvelée à l'aide d'outils conceptuels. Il y a une dimension au cas par cas qui nécessite de co-construire à plusieurs un projet de soin individualisé et de repenser régulièrement le dispositif thérapeutique proposé à chaque patient.

Enjeux :

Favoriser l'existence de temps de réunions cliniques qui ouvrent à la mise en commun les points de vue différenciés des membres de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui permet l'élaboration d'un soin, nouant approche globale de la personne, et en même temps, unique à chaque patient.

Ces réunions cliniques pluridisciplinaires participent au sentiment d'appartenir à une équipe soignante, soutiennent le sens donné par chacun à son travail, et par la même prennent part à la prévention de l'épuisement professionnel des soignants.

L'ensemble de ce travail en pluridisciplinarité garantit la qualité des soins proposés aux patients.

RÉFÉRENCES AU PTSM OU AU CPOM OU AU PROJET MÉDICAL PARTAGE si pertinent :

Axe 1 « TRAVAILLER ENSEMBLE » de la politique qualité à Cadillac établi par la Direction de la qualité et de la gestion des risques.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) et territoire d'intervention : les équipes pluridisciplinaires des unités de fonctionnement

Constat(s) auquel(s) le projet répond : Tendance à la rareté ou même à la disparition des réunions cliniques autour du patient

Objectif(s) : Favoriser la qualité des soins proposés aux patients en soutenant le travail d'élaboration clinique dans sa dimension institutionnelle.

Objectif 1 : Soutenir la tenue et la régularité des temps de réunions cliniques centrées autour du patient dans chaque unité de fonctionnement.

Objectif 2 : Contribuer à la mise en place d'espaces de travail théorico-clinique.

Description de la mise en œuvre :

Responsable(s) : Psychologues, médecins responsables d'UF.

Calendrier : Dès 2022

Ressources et financements : moyens financiers actuels.

Synthèse de la fiche action :

Étapes de mise en œuvre (actions)	Responsable/ effecteur	Personnes à solliciter	Indicateurs	Échéance
Identifier l'existence de réunions cliniques	Psychologues, médecins responsables d'UF	Médecin responsable de l'UF, cadre de santé	Repérage et analyse par les psychologues des unités des difficultés rencontrées et transmission au Collège des psychologues	Dès 2022
Contribuer à la mise en œuvre des réunions cliniques	Psychologues, médecins responsables d'UF	Équipe pluridisciplinaire		Dès 2022

III - VOLET FORMATION - RECHERCHE

Introduction

En référence à l'article 2 du décret n°91-129 du 31 janvier 1991, « *les psychologues entreprennent, suscitent, ou participent à tous travaux, recherches ou formation qui nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action.* »

« Cette fonction de formation, d'information et de recherche, couramment appelée temps FIR est une fonction indispensable à un exercice optimisé des missions. » (Circulaire DGOS/RHSS n° 2012-181 du 30 avril 2012)

A. FONCTION FORMATION

1. Accueil des stagiaires

Le Collège des psychologues vise à garantir une qualité de stage en psychologie, ainsi que de bonnes conditions d'accueil des étudiants : seul un psychologue peut être référent d'un stage de psychologie, quel que soit le niveau d'étude (L3, M1, M2). De plus, l'étudiant doit avoir été choisi par le psychologue référent du stage. En aucun cas, un autre professionnel ne peut encadrer un étudiant en stage de psychologie.

Concernant la réception des demandes de stage en psychologie, un dispositif a été mis en place : les demandes de stages en psychologie sont adressées par mail, soit au secrétariat de la DRH, soit au Collège des psychologues. Celui-ci transfère toutes les demandes de stage reçues vers le secrétariat de la DRH. La secrétaire du service de la DRH en charge des stages, communique alors à l'étudiant en demande de stage, la liste des psychologues qui reçoivent des stagiaires.

De plus, tout professionnel de l'établissement qui reçoit une demande de stage en psychologie, relaie celle-ci, soit au secrétariat de la DRH, soit au Collège des psychologues, et informe le psychologue de son service de cette demande.

2. Implication des psychologues dans la formation des autres professionnels

Les psychologues peuvent être amenés à participer à des offres de formation au sein de l'établissement, ainsi qu'à l'organisation de colloque au sein de l'établissement, ou en dehors de l'hôpital.

2.1. Journées « Aller vers l'autre » :

Le Collège des psychologues propose des journées de formation sur le thème « Aller vers l'autre ». Il s'agit d'une journée présentée et animée par les psychologues de l'établissement autour de présentations cliniques en matinée, et de groupe de travail l'après-midi.

Cette journée de formation a lieu tous les deux ou trois ans, elle se présente sous forme de conférence et d'ateliers. Elle est ouverte à l'ensemble du personnel de l'hôpital et aux professionnels extérieurs. La journée « Aller vers l'autre » se déroule au sein de l'établissement, au centre de formation de l'hôpital.

Ce lieu est un espace de transmission qui témoigne de l'essentiel du travail en équipe, du travail en réseau, et de l'importance de l'actualisation de nos pratiques professionnelles.

Une commission émanant du Collège est constituée. Elle prend en charge les organisations conceptuelle et pratique, avec entre autres la programmation et la communication de cette journée à travers la conception des affiches et flyers, du programme, la mise en place des panneaux signalétiques, les liens avec le service restauration, etc.

Trois journées ont déjà eu lieu :

- Septembre 2012- Les ateliers thérapeutiques à médiation.

- Octobre 2014- La clinique à travers les âges.

- Mars 2018 – Les impasses du sujet : entre effraction et construction. 3. Formation continue, hors fonction FIR
Un.e psychologue de chaque pôle participe à la commission de formation du pôle, il.elle participe ainsi à la dynamique et aux initiatives de mises en place de formation de service.

3. Formation individuelle

Chaque psychologue est responsable d'envoyer sa demande de formation, qu'elle soit proposée par l'hôpital (axe prioritaire) ou par un organisme indépendant, de les adresser par mail au service de formation, et de mettre en copie le responsable de la commission du pôle (souvent le cadre supérieur de santé) et le/la psychologue - référent formation- du pôle.

Le service de formation aura en charge de les saisir dans Gesform.

Ces demandes sont étudiées en commission de formation puis enregistrées selon les décisions de la commission, par le responsable de la commission. Le/la psychologue référent formation s'assure que les demandes aient bien été enregistrées et soient présentées en commission, de les argumenter si cela est nécessaire, et de veiller au bon fonctionnement de cette démarche.

4. Formation collective :

Le Collège des psychologues est à l'initiative de la mise en place de formation collective à destination des psychologues sur différents thèmes, liés à notre pratique.

Ces formations collectives participent à favoriser des liens, le travail de collaboration entre psychologues, ainsi que la cohésion du corps professionnel.

Les formations déjà délivrées ont eu pour intitulés : « Les écrits professionnels », « Psychologue à l'hôpital : structuration et mise en place du projet de psychologie ».

5. Propositions de travail pour la formation

Objectif 1 : Poursuivre la mise en place des journées de formation « Aller vers l'autre ».

Objectif 2 : Publication des actes des journées « Aller vers l'autre ».

Objectif 3 : Définir annuellement des besoins de formation collective pour les psychologues de l'établissement, recherches des organismes de formation répondant à ces besoins, veiller à la bonne mise en place de la formation collective.

B. FONCTION INFORMATION - RECHERCHE

1. Présentation

En référence à la circulaire DGOS/RHSS no 2012-181 du 30 avril 2012, les fonctions d'information et de recherche du psychologue consiste à :

L'actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique, veille scientifique, documentation.

La participation, impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche.

La diffusion de l'information scientifique, l'organisation de groupes de réflexion, l'impulsion de thématiques de recherche et de publications.

Un travail d'évaluation prenant en compte la propre dimension personnelle du psychologue, effectué par toute méthode spécifique librement choisie.

La participation au sein de l'établissement aux groupes de travail institutionnels transversaux.

Il est à souligner que certaines de ces activités nécessitent un investissement financier non négligeable pour les psychologues.

Dans le cadre de cette fonction information recherche, en lien avec l'exercice de la fonction clinique et institutionnelle, il est nécessaire que l'établissement puisse favoriser l'accès à la documentation professionnelle pour les psychologues, avec l'accès aux outils numériques tels que l'abonnement en ligne à Cairn, avec également un abonnement annuel aux bibliothèques Universitaires de Bordeaux, ainsi qu'à une consultation facilitée des ouvrages et revues du centre de documentation de l'établissement.

2. Propositions de travail pour l'information-recherche

Objectif 1 : Au sein du Collège des psychologues, proposer un temps dédié à la communication et à la transmission des différentes participations et parutions des psychologues de l'établissement, aux groupes transversaux, aux travaux de recherches, aux publications, thèses...

Objectif 2 : Poursuivre la participation des psychologues aux groupes institutionnels transversaux sur des thématiques spécifiques.

Le projet achats, logistique, hôtelier et dev. durable

INTRODUCTION

Le projet « achats, logistiques et hôtelier » s'inscrit dans la continuité du projet médico-soignant. Les actions du projet sont déterminées à partir des domaines d'activités correspondant aux organisations de travail en place à travers des fiches actions développant nos objectifs en lien avec les autres volets du projet d'établissement.

Le secteur achats, logistiques et hôtelier regroupe un ensemble de fonctions supports, prestataires de services pour les patients et pour tous les professionnels de l'établissement qui contribuent à la qualité de la prestation d'hébergement et hôtelière.

TROIS DOMAINES REPARTIS EN NEUF THEMATIQUES

ACHATS :

- ✓ Les achats
- ✓ La gestion des approvisionnements

LOGISTIQUES :

- ✓ Les transports de biens
- ✓ Les transports de patients
- ✓ La gestion du linge
- ✓ La restauration
- ✓ La gestion des espaces verts

HOTELIER :

- ✓ L'hygiène des locaux
- ✓ La gestion des déchets

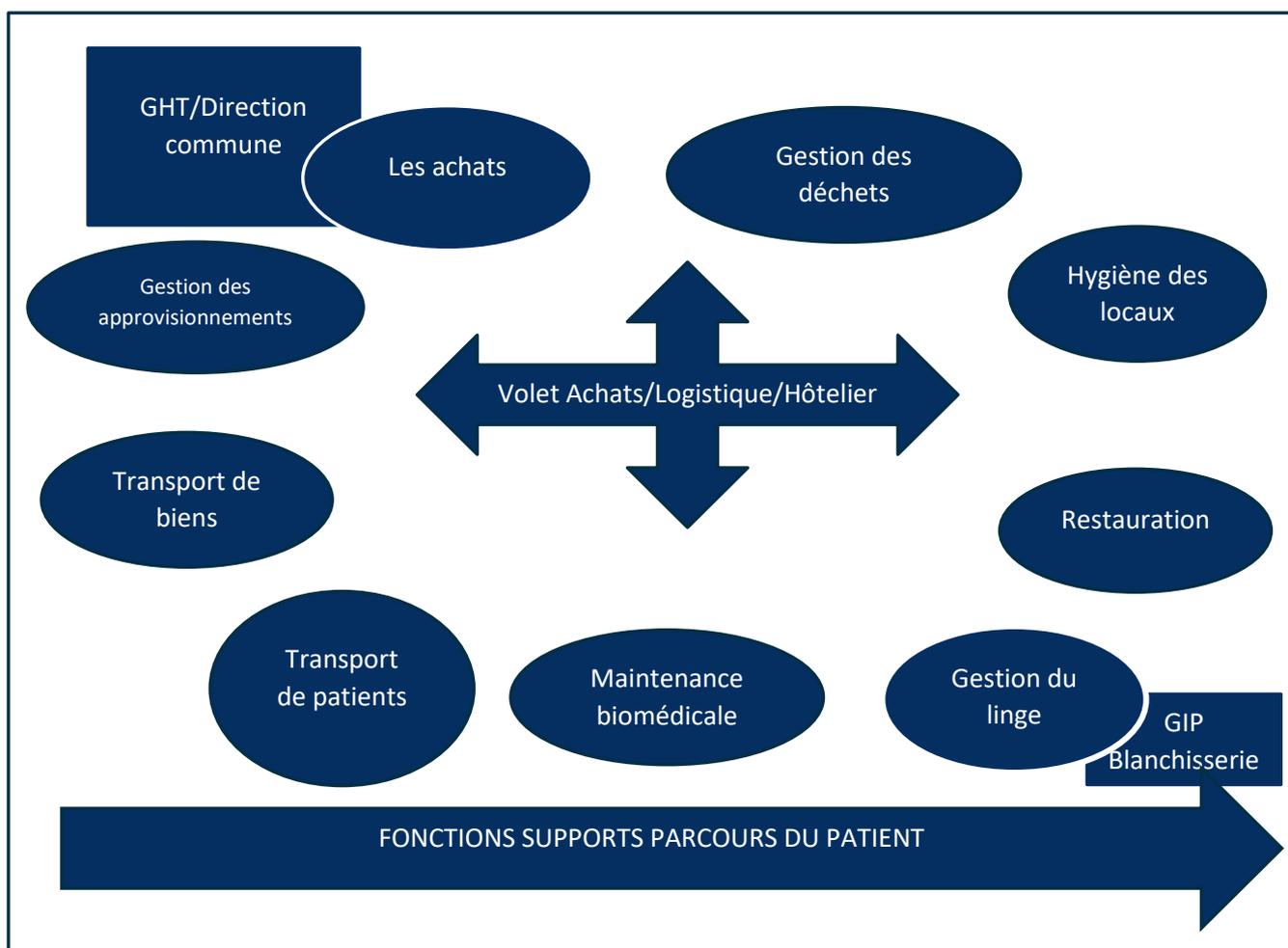
Placés dans une dimension de pôle prestataire vis-à-vis des autres pôles, ils doivent développer une réelle écoute des attentes des patients et des services, se déplacer sur le terrain pour connaître les besoins et apporter par la même une réponse adaptée aux besoins repérés et exprimés.

La Directions des Affaires Economiques est en charge des achats (en investissement et en exploitation), de la mise en œuvre de la politique achats du GHT au Centre Hospitalier ainsi que de la coordination du Pôle logistique.

LES MISSIONS

- ✓ Proposer et mettre en place une méthode d'animation du domaine associant étroitement les acteurs du terrain
- ✓ Hiérarchiser et cadencer dans le temps les projets
- ✓ Décliner et chiffrer les objectifs d'efficience
- ✓ Prioriser les indicateurs
- ✓ Rendre compte

Cette direction rassemble des secteurs d'activités différents qui contribuent à la qualité de prise en charge des patients.



Les acteurs concernés pour la réalisation de ce projet sont :

- La Direction des Affaires Economiques comprenant :
 - La section investissement et exploitation (commandes, liquidation, mandatement).
 - La fonction commande publique (rédaction des consultations, notification des marchés...)
- Les Logistiques comprenant :
 - L'intendance Hôtelière et magasin général
 - La restauration
 - Les transports

- Les espaces verts
- La Blanchisserie

Ainsi que l'ensemble des acteurs de l'établissement dans le cadre de collaborations nécessaires pour atteindre les objectifs visés.

Le projet sera coordonné dans chaque domaine par un binôme de coordination constitué du pilote de projet et du responsable de chaque domaine ou son adjoint. Ils auront en charge de coordonner le travail de mise en œuvre du projet « achats, logistique et hôtelier » sur ce domaine. Il choisit les modalités d'animation du domaine, qui peuvent être variables selon les domaines.

A. ENJEUX

Ce projet « achats, logistique et hôtelier » a pour enjeux :

ENJEUX COMMUNS

- ✓ La performance logistique dans le parcours du patient
- ✓ La performance économique et de recherche d'efficacité
- ✓ L'articulation des orientations et process du GHT Achats avec les objectifs communs des services supports de la direction commune
- ✓ L'amélioration des conditions de travail et la valorisation des métiers d'acheteurs et de logistiques
- ✓ Le renforcement des actions déjà réalisées
- ✓ La contribution des objectifs de développement durable

B. AXES STRATEGIQUES

A. FONCTION TRANSPORTS-GARAGE

Le service des transports de patients et de biens est composé de 14 agents se décomposant comme suit :

- 1 responsable de service
- 1 adjoint au responsable
- 1 responsable du garage
- 2 mécaniciens (ambulanciers)
- 9 ambulanciers

A ce jour le nombre de transports fluctue en fonction des besoins de chaque unité et des jours de la semaine. En 2021, le service a comptabilisé 5 358 transports. Dans un souci d'optimisation, il a été mis en place un suivi des transports réalisés sur un même transport, ainsi 1446 transports sur 2021 ont pu être évités. En fin, ce service n'est toujours pas doté d'un outil de régulation et le suivi se fait sur un fichier Excel et les bons de transports arrivent par mail et cela peut parfois amener à des erreurs.

Le service transport s'inscrit dans une prise en charge globale de l'accompagnement du patient.

Axe stratégique N°1 : Améliorer les prestations de transports sanitaires et de biologie

- Objectif opérationnel n°1 : Optimiser l'organisation des transports sanitaires par la mise en place de la plateforme de régulation ARS (fiche action n° 1)
-
- Objectif opérationnel n°2 : Améliorer la prise en charge de patients dans le cadre des rendez-vous de consultation pris via les plateformes de type doctolib (fiche action n°2)

Le parc automobile du Centre Hospitalier est considérable. Cette situation est la résultante :

- ✓ De l'absence de projet quant à la mutualisation des véhicules : chaque service souhaitant avoir à disposition « son véhicule ».
- ✓ De l'absence de règle quant à la fréquence d'utilisation pour justifier un achat.
- ✓ De la préférence implicite pour les déplacements motorisés, par exemple prendre une voiture pour quelques centaines de mètres pour aller d'une unité à une autre.

La gestion du parc est donc à revoir en profondeur.

Axe stratégique N°2 : Définir et mettre en œuvre une politique de transport de biens et de gestion du parc automobile

- Objectif opérationnel n°1 : Mettre en place une gestion du parc automobile afin de garder un parc en nombre constant, voir à la réduire (fiche action n°3)

- Objectif opérationnel n°2 : Optimiser les circuits de livraison interne à l'établissement et à l'échelle de la direction commune (fiche action n°4)

B. FONCTION BIOMEDICALE

Cette fonction est assurée par un prestataire extérieur qui intervient une demi-journée tous les 15 jours. Il a pour mission de garantir le bon fonctionnement et le suivi des équipements biomédicaux, notamment par une maintenance préventive et corrective mais également grâce à un processus de traçabilité, à des contrôles qualité et à des réparations. Une mutualisation des moyens avec la direction commune est envisagée pour cette prestation pour éviter de faire intervenir un prestataire extérieur.

Axe stratégique N°1 : Rationaliser la dépense de la prestation biomédicale

- Objectif opérationnel n°1 : Rédiger une convention avec Langon pour un temps agent de mise à disposition pour 1 matinée tous les 15 jours (fiche action n°5)

C. FONCTION HOTELIERE (NETTOYAGE DES LOCAUX ET DECHETS)

L'entretien des locaux est assuré sur l'ensemble de l'établissement selon une répartition incohérente entre la société extérieure et les équipes d'ASH du Centre Hospitalier. La politique de départ était une intervention du prestataire sur les locaux tertiaires (bâtiment administratif), CMP, CMPEA. Au fil des années cette politique n'a pas été suivie ce qui amène des incohérences entre les unités. De plus, depuis plusieurs années cette fonction n'avait pas de référent dans le domaine et les contrôles qualité n'avaient plus lieu.

Axe stratégique N°1 : Offrir une prestation de qualité en matière d'entretien des locaux et des matériels

- Objectif opérationnel n°1 : Proposer des prestations de nettoyage conforme et de qualité (fiche action n°6)

- Objectif opérationnel n°2 : Valoriser l'importance du rôle de l'ASH dans l'accueil du patient (fiche action n°7)

- Objectif opérationnel n°3 : Améliorer l'accueil des nouveaux ASH (fiche action n°8)

- Objectif opérationnel n°4 : Optimiser les achats de fournitures, de produits et d'équipements d'entretien des locaux (fiche action n°9)

La réduction et la valorisation des déchets font partie des leviers d'amélioration identifiés dans la politique de développement durable du CH Cadillac. La production de déchets par catégorie est identifiée par un suivi régulier.

Axe stratégique N°2 : Renforcer le processus de gestion des déchets

Objectif opérationnel n°1 : Développer une politique de gestion des déchets en adéquation avec la réglementation (fiche action n°10)

Axe stratégique N°3 : Renforcer la lutte contre les nuisibles

Objectif opérationnel n°1 : Développer des actions pour lutter contre la prolifération du peuplement animal (fiche action n°11)

D. FONCTION ACHATS ET APPROVISIONNEMENT

Le projet d'établissement est l'occasion de pouvoir poser les axes stratégiques de la fonction achats. Les principaux enjeux de cette fonction sont à la fois la maîtrise des dépenses d'exploitation et d'investissement, une fonction achat plus performante. Cet exercice doit nous amener également à poser les principes de la coopération dans le cadre de la direction commune et du GHT.

Cette fonction est guidée par la volonté de maintenir un haut niveau de qualité de la fonction dans un contexte économique et budgétaire difficile. Cette optimisation doit donc passer par une approche pour mieux dépenser en intégrant des actions de modernisation des outils de travail.

Cette fonction est également étroitement liée au projet de gestion sur la responsabilité du comptable matière et des actions à mener.

Axe stratégique N°1 : Améliorer la fonction achats du Centre Hospitalier

- Objectif opérationnel n°1 : Organiser la fonction achats (fiche action n°12)
 - Objectif opérationnel n°2 : Continuer la professionnalisation des agents acheteurs et commande publique (fiche action n°13)
 - Objectif opérationnel n°3 : Organiser la gestion du patrimoine mobilier (fiche action n°14)
-

Axe stratégique N°2 : Améliorer la gestion des approvisionnements

- Objectif opérationnel n°1 : Améliorer la gestion interne vers plus de qualité et d'efficacité (fiche action n°15)
-

Axe stratégique N°3 : Favoriser la démarche d'achats Écoresponsable

L'engagement dans cette démarche existe, mais elle mériterait d'être affichée de façon plus forte au sein du processus achat en interne mais également à l'échelle du GHT.

Il s'agit d'intégrer des critères environnementaux, sociaux et économiques mais également de tenir compte de la durée de vie des produits, de l'engagement des fournisseurs dans ce type de démarche (réduction des emballages...) et de la santé et de la sécurité des professionnels utilisateur. Par ailleurs, il faut poursuivre, dans la mesure où l'équilibre financier et la qualité des prestations sont maintenus, l'engagement dans la collaboration avec des prestataires.

Ces actions doivent être valorisées par une communication adaptés d'affichage, écolabel...) et favorisée par une formation régulière des acheteurs.

- Objectif opérationnel n°1 : Intégrer une démarche achat écoresponsable dans chaque consultation (fiche action n°16)
-

E. FONCTION ESPACES VERTS

Cette fonction assure l'entretien des espaces verts de l'établissement dont la surface est d'environ 22 Ha, avec un parc composé d'arbres remarquables.

Ce service assure également le fleurissement des parterres et massifs ainsi que la production de fleurs avec les patients dans le cadre d'ateliers thérapeutiques. Ce service dispose de serres et de tunnels.

Ce service participe activement à maintenir un cadre de vie agréable et plaisant aux résidents.

Il est également sollicité pour l'aménagement d'espaces destinés à des activités spécifiques pour les patients, dans le cadre de projets institutionnels (jardins thérapeutiques...)

Axe stratégique N°1 : Mettre en valeur les prestations de cette fonction espaces verts

Objectif opérationnel n°1 : Mettre en valeur les actions réalisées par ce service (fiche action n°17)

Objectif opérationnel n°2 : Supprimer les produits phytosanitaires (fiche action n°18)

F. FONCTION RESTAURATION

La cuisine est réalisée sur place pour les patients et l'ensemble des agents est formé aux méthodes HACCP. Des contrôles bactériologiques sont réalisés périodiquement.

Les services vétérinaires procèdent à des visites qui font l'objet de rapports écrits dont les observations sont prises en compte afin d'assurer de manière optimale la sécurité alimentaire dans l'établissement.

La cuisine fonctionne sur un système en liaison froide avec remise en température dans les offices des unités de soins.

Des repas spécifiques sont organisés pour certaines occasions (fêtes de fin d'année, goûters d'anniversaire...)

Dans ce projet, il faut intégrer le projet restauration au niveau du projet du CH Sud Gironde. Pour cela un travail a été entamé pour fusionner les deux cuisines en une seule structure.

Cela permettra de répondre aux normes d'hygiène de la restauration dans des locaux rénovés en prenant en compte la dimension ergonomique de l'outil de production.

Axe stratégique N°1 : Maintenir la condition opérationnelle de la cuisine de Cadillac jusqu'au regroupement

Objectif opérationnel n°1 : Garder un équipement opérationnel et une qualité de prestation (fiche action n°19)

G. FONCTION BLANCHISSERIE

A voir avec Olivier Chassan

H. FONCTION DEVELOPPEMENT DURABLE

Dans le projet « Achats, logistique, hôtelier » est intégré un axe Développement durable par la politique d'achats écoresponsable et la politique de gestion des déchets. Une des données n'est pas intégrée dans les fonctions en amont celle de la gestion de l'énergie et des ressources (tel que le papier).

Axe stratégique N°1 : Organiser un suivi des consommations des énergies (eau, électricité, gaz, carburant)

Objectif opérationnel n°1 : Créer un outil de suivi des consommations d'énergie et de l'évolution du coût de chaque bâtiment/véhicules (fiche action n°20)

Axe stratégique N°2 : Limiter l'utilisation du support papier

Objectif opérationnel n°1 : Mettre en place une charte de l'impression en collaboration avec la DSIO. (Fiche action n°21)

CONCLUSION

L'amélioration du confort des patients est une préoccupation constante de notre établissement.

Ces actions doivent concourir à la réalisation des cet objectif. Au-delà de ces axes de progrès, d'autre pistes d'amélioration sont, bien entendu, à rechercher.



Le projet qualité gestion des risques

Le Centre Hospitalier de Cadillac est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de garantir le meilleur niveau de qualité, de sécurité des soins et d'accueil pour l'ensemble de ses usagers.

Le succès de cette démarche se traduit par une démarche qualité gestion des risques au service du Projet Médico-Soignant (PMS) et des grandes orientations de la démarche de certification V2020.

Ainsi la démarche QGR a-t-elle vocation à favoriser l'efficacité du travail collectif et individuel des professionnels, à pérenniser la culture de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la sécurité des soins, à contribuer au renforcement de l'implication du patient dans sa prise en charge, et à consolider l'adaptation continue de l'établissement aux évolutions générales du système de santé.

Afin de répondre à ces différents besoins, la démarche qualité gestion des risques détermine ses objectifs en se basant sur une analyse composite de l'ensemble des données et connaissances disponibles dont les sources principales sont : la satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs, les événements indésirables, et les résultats des différentes démarches d'évaluation internes et externes.

A la veille de la certification V2020 et dans un environnement de plus en plus exigeant, l'établissement doit également consolider ses outils en matière de prévention et de réduction des risques afin de continuer d'insuffler aux professionnels la culture positive de l'erreur et de la satisfaction du patient.

Ce constat amène le Centre Hospitalier à inscrire les objectifs suivants dans sa politique qualité/gestion des risques :

1. Obtenir un niveau de certification V2020 « qualité des soins confirmée »

- Mener 2 sessions de patients traceurs chaque année, par UF
- Réaliser des audits sur les thématiques transversales (audits classiques, traceurs ciblés, audits systèmes...)
- Mettre en œuvre un plan d'action afin de garantir un niveau de qualité de prise en charge conforme aux standards HAS

2. Développer une démarche de management par la qualité centrée à la fois sur l'établissement, sur les parcours de soins ainsi que sur les structures de prises en charge

- Piloter un plan d'amélioration continue au niveau de l'établissement
- Piloter des plans d'amélioration continue, dans chaque UF
- Piloter des plans d'amélioration continue dans les principaux parcours patients

3. Consolider une culture de sécurité des soins et de retours d'expérience

- Consolider le signalement et des EIAS par le biais de l'instauration d'une nouvelle application dédiée, intégrant les modalités de traitement des EI
- Mettre en œuvre des CREX dans chaque Pôle clinique et sur les risques médicamenteux

- Suivre l'évolution du niveau de culture de sécurité des soins des professionnels, par unité et pour l'ensemble de l'établissement
- Poursuivre les sessions de formations en interne « analyses approfondies de causes des événements indésirables et culture de sécurité »

4. Maîtriser les situations de tensions hospitalières et les situations sanitaires exceptionnelles

- Assurer une amélioration continue des plans de gestion de crise
- Réaliser des exercices de gestion de crise

5. Consolider l'intégration de la satisfaction et de l'expérience patient à la démarche d'amélioration continue, et l'adapter au renforcement du secteur ambulatoire

- Recueillir la satisfaction des patients en définissant des modalités adaptées à leur type de prise en charge (intra, extra, infanto...), à l'échelle de chaque UF, en renforçant en particulier ce recueil sur les structures ambulatoires
- Actualiser le dispositif de recueil de la satisfaction des patients en y intégrant les notions de parcours patients et d'intégration du patient et de son entourage dans sa prise en charge
- Relier la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la PEC du patient avec le projet « droits des usagers » et la CDU
- Poursuivre le recueil de l'expérience patient dans les unités au travers des patients traceurs

6. Fournir une base documentaire pertinente et adaptée aux exigences des professionnels

- Diffuser une veille juridique et scientifique à l'attention des professionnels
- Assurer une gestion des procédures garantissant leur mise à jour et leur accessibilité, par le biais en particulier de l'utilisation d'une nouvelle application de gestion commune aux établissements de la Direction Commune du Sud-Gironde (YES)

7. Poursuivre et réaliser de nouvelles Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et des parcours patients

- Réaliser des Evaluations de Pratiques Professionnelles
- Réaliser des parcours traceurs, à la fois en interne et dans le cadre de la Direction Commune des Etablissement du Sud-Gironde

8. Exploiter les résultats des indicateurs nationaux Qualité Gestion des Risques (IFAQ)

- Réaliser le recueil des indicateurs IQSS et relatifs aux IAS
- Obtenir des résultats conformes aux objectifs de performances définis par la HAS pour chaque indicateur

9. Consolider la gestion des risques « fondamentaux » inhérents à la prise en charge en psychiatrie

- Garantir pour chaque « risque fondamentaux », inhérent à l'activité de psychiatrie, une évaluation chiffrée des EI consolidée à l'échelle de l'établissement, des Pôles et des UF, l'accès aux conduites à tenir requises, la réalisation d'AAC et de plan d'amélioration/formation continue

10. Définir des objectifs opérationnels de qualité contractualisés avec les Pôles Cliniques et médico-Technique

- Définir des indicateurs permettant de valoriser l'appropriation des dispositifs de la démarche qualité gestion des risques par les Pôles cliniques et médico-technique

11. Participer à la démarche qualité gestion des risques de la Direction Commune des Etablissements du Sud-Gironde

12. Faire connaître de façon continue les résultats et l'actualité de la démarche QGR aux parties prenantes de l'établissements et aux professionnels

- Mettre en œuvre un plan de communication relatif au suivi de la démarche d'amélioration continue à destination des associations d'usagers, autorités de tutelles, partenaires du territoire
- Consolider l'information des professionnels sur les axes de la politique QGR et l'actualité de sa mise en œuvre

1. OBTENIR UN NIVEAU DE CERTIFICATION V2020 « QUALITE DES SOINS CONFIRMEE »

Contexte de la fiche action :

La qualité et la sécurité des services rendus au patient ainsi que la confiance accordée par ses parties prenantes aux soins prodigués par l'établissement sont érigées comme priorités par la Direction et la Présidence de CME du CH de Cadillac. Cet engagement s'est traduit en 2017 par une certification de niveau « B », avec recommandations d'amélioration. Afin de maintenir cette confiance la Direction et la Présidence de CME poursuivent leurs efforts pour mettre en œuvre une gouvernance fondée sur un management de la qualité et de la sécurité des soins afin d'obtenir une certification au moins équivalente au label HAS « Qualité des soins confirmée »

Enjeux :

- Confiance des patients
- Confiances des parties prenantes impliquée dans la vie du CH de Cadillac : ARS, partenaires extérieurs des secteurs sanitaires et médico-social, médecine de ville, associations d'usagers, professionnels du CH, collectivités locales etc.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) :

Tous les professionnels de l'établissement

Constat(s) auquel(s) le projet répond :

- Volonté d'améliorer de manière continue la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient
- Volonté de garantir la conformité des organisations et des pratiques de l'établissement en regard des standards de la HAS.
- Valoriser les démarches d'adaptation de l'établissement au regard des évolutions du système de santé

Objectif(s) :

- Mener 2 sessions de patients traceurs chaque année, par UF
- Réaliser des audits sur les thématiques transversales (audits classiques, traceurs ciblés, audits systèmes...)
- Mettre un œuvre un plan d'action afin de garantir un niveau de qualité de prise en charge conforme aux standards HAS

Mise en œuvre :

Chaque démarche d'évaluation sera réalisée à partir des grilles fournies par la HAS. Les critères évalués sont directement issus du manuel de certification V2020.

Seront ciblés des parcours patients représentatifs ou suscitant des questions pour la réalisation des parcours patients.

Seront ciblées des thématiques managériales et de terrain en ce qui concerne les autres évaluations.

Ces différentes thématiques sont, ou seront, définies par la HAS en fonction du périmètre d'activité de l'établissement.

Seront ciblés les équipes intra et extra-hospitalières en ce qui concerne les patients traceurs et les parcours traceurs.

Les résultats de l'ensemble de ces évaluations seront intégrés dans la programme d'action qualité – sécurité de l'établissement, ainsi que dans des plans de suivis d'actions spécifiques par UF.

Responsable(s) :

Direction Déléguée
Présidence de CME
Direction Coordination Générale des Soins
Direction Qualité Gestion des Risques

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Mener 2 sessions de patients traceurs chaque année, par UF	Nombre d'UF ayant participé à deux patients traceurs, intra et extra en regard du nombre d'UF intra et extra total	2	2° et 4° trimestre 2022 et 2023, 2 itérations chaque année
Réaliser des parcours traceurs, à la fois en interne et dans le cadre de la Direction Commune des Etablissement du Sud-Gironde	Nombre de parcours traceurs réalisés	3	Tout au long de l'année 2022 et des années suivantes
Réaliser des audits sur les thématiques transversales (audits classiques, traceurs ciblés, audits systèmes...)	Nombre d'actions d'évaluation réalisé	4	Tout au long de l'année 2022 et des années suivantes
Mettre un œuvre un plan d'action afin de garantir un niveau de qualité de prise en charge conforme aux standards HAS	Niveau de certification obtenu	1	Action permanente

2. DEVELOPPER UNE DEMARCHE DE MANAGEMENT PAR LA QUALITE CENTREE A LA FOIS SUR L'ETABLISSEMENT, SUR LES PARCOURS DE SOINS AINSI QUE SUR LES STRUCTURES DE PRISES EN CHARGE

Contexte de la fiche action :

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients implique tous les niveaux d'activité de l'établissement. Si certaines questions se situent directement sous la responsabilité de la Direction, d'autres trouvent leurs solutions directement auprès des équipes. Dans un contexte où les prises en charge sont de plus en plus pluridisciplinaires et pluri-structurelles des visions des améliorations au niveau des parcours des patients sont aussi nécessaires.

Public(s) ciblé(s) :

Encadrement soignants

Tous les professionnels

Constat(s) auquel(s) le projet répond :

Les améliorations découlant des diverses actions d'évaluation réalisée au sein des unités intra et extra doivent être rendues visibles pour une plus grande valorisation et des facilités de suivi.

Ces actions répondent aux critères

- ✓ 2.4-01 Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés
- ✓ 2.4-02 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient
- ✓ 2.4-03 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins
- ✓ 2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

Objectif(s) :

Intégrer toutes les composantes de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à la fois managériales et de terrain.

Garantir une implication des équipes dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des PEC.

Visualiser les dynamiques d'amélioration sur les principaux parcours patients identifiés au sein de l'établissement

Mise en œuvre :

Les actions d'améliorations découlant des différentes évaluations réalisées : patients traceurs, audit systèmes, parcours traceurs, EPP, AAC, recueil de la satisfaction patients, indicateurs IQSS... sont centralisés dans un tableau de gestion, permettant de décliner des suivis de la réalisation des actions par service, par principaux parcours, et pour l'ensemble de l'établissement pour les actions transversales et de grande envergure. Ce tableau est tenu par la Direction Qualité en liaison avec les cadres de santé chargés de les tenir à jour afin de valoriser les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour leurs propres unités.

Responsable(s) :

Direction Qualité Gestion des Risques
Direction Coordination Générale des Soins
Encadrement soignant

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Piloter un plan d'amélioration continue au niveau de l'établissement	Taux de réalisation des actions de l'année écoulée	1	Action permanente
Piloter des plans d'amélioration continue, dans chaque UF	Taux de réalisation des actions de l'année écoulée	2	Action permanente
Piloter des plans d'amélioration continue dans les principaux parcours patients	Taux de réalisation des actions de l'année écoulée	3	Tout au long de l'année 2022 et des années suivantes

3. CONSOLIDER UNE CULTURE DE SECURITE DES SOINS ET DE RETOURS D'EXPERIENCE

Contexte de la fiche action :

En 2004 et 2009 les enquêtes ENEIS (Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables Associés aux Soins) ont mis en relief la survenue d'un EIG évitable tous les 10 jours par service de 30 lits dans les secteurs de Médecine et de Chirurgie (soit 2,6% des séjours). Si à ce jour il n'y a pas eu d'enquête équivalente en psychiatrie, celle-ci se caractérise néanmoins par certains types d'évènements indésirables inhérents à son activité : agitation de patients, tentatives de suicide, fugues (ou sorties sans autorisation), complications et erreurs médicamenteuses.

S'intéresser aux évènements indésirables à la fois graves et fréquents, et promouvoir la sécurité de soins parmi les valeurs des professionnels et de leur encadrement, sont des conditions indispensables pour les réduire.

Enjeux :

Améliorer la sécurité de la prise en charge des patients

Eviter des évènements indésirables « évitables »

Inscrire dans les valeurs et les croyances des professionnels et de leur encadrement des principes concordants avec la sécurité des soins.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) :

Médecins, Cadres de santé, IDE, AS, professionnels médico-soignants

Constat(s) auquel(s) le projet répond :

Chaque année au CH de Cadillac, plusieurs dizaines de signalements sont effectués concernant des questions de prises en charge, d'agitations de patients, de sorties sans autorisation, d'erreur médicamenteuse, de tentatives de suicide, des chutes ou encore de difficultés d'admission.

Objectif(s) :

Favoriser la sécurité de la prise en charge des patients par l'instauration d'un mécanisme permettant un recueil des enseignements fournis par les dysfonctionnements ou les erreurs rencontrées (EI signalés)

Assurer un suivi du traitement des EIAS au sein des Pôles, ou des UF, par les responsables hiérarchiques concernés, en liaison avec les professionnels

Assurer un suivi et un traitement de certains types d'EI récurrents, de nature transversale : EI liés à la prise en charge médicamenteuse notamment

Assurer la réalisation autant que nécessaire des AAC en regard de la gravité et de la fréquence et des EIAS

Impliquer les professionnels sur les questions de sécurité et d'amélioration de la prise en charge des patients

Mettre en œuvre des modalités attendues au sein du critère 3.2.3-02 du manuel de certification V2020 : « Les équipes analysent leurs pratiques, apprennent de leurs erreurs et mettent en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ».

Promouvoir la culture de sécurité des soins, et consolider la formation des professionnels à l'analyse des EIAS.

Mise en œuvre :

La mise en œuvre de la nouvelle application dédiée aux signalement et au traitement des événements indésirables sera réalisée par la Direction Qualité.

Les Comités de Retour d'Expérience constituent les acteurs indispensables du déploiement de la démarche de retour d'expérience. Ils représentent un « guichet unique » pour chaque Pôle en matière d'examen des EI, d'analyses réalisées, de suivis des plans d'actions.

Les sessions de formation « analyses approfondies de causes des événements indésirables et culture de sécurité » sont assurées par un membre de la Direction Qualité et figurent dans les axes prioritaires du plan de formation.

Responsable(s) :

Direction Déléguée (stratégie)
Présidence de CME (stratégie)
Direction Qualité (coordination)
Encadrement soignant et médecins (mise en œuvre)

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Consolider le signalement et des EIAS par le biais de l'instauration d'une nouvelle application dédiée, intégrant les modalités de traitement des EI	Mise en place effective de l'outil YES	2	Fin 2023
Mettre en œuvre des CREX dans chaque Pôle clinique et sur les risques médicamenteux	Existence d'un CREX par Pôle Clinique, ainsi que pour les risques liés aux médicaments	1	Tout au long de l'année 2022 et des années suivantes
Suivre l'évolution du niveau de culture de sécurité des soins des professionnels, par unité et pour l'ensemble de l'établissement	Résultats de l'enquête relative à la culture de sécurité	4	Fin 2022
Poursuivre les sessions de formations en interne « analyses approfondies de causes des événements indésirables et culture de sécurité »	Nombre de professionnels formés chaque année	3	Action permanente (entre 3 et 6 sessions par an)

4. MAITRISER LES SITUATIONS DE TENSIONS HOSPITALIERES ET LES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Contexte de la fiche action :

Le CH de Cadillac a précédemment été touché par des évènements de nature variée mettant en difficulté ses capacités à assurer la bonne continuité de la prise en charge des patients. Parmi ces évènements on citera l'infestation parasitaire de certaines unités, une panne du système de chauffage en hiver, des coupures d'électricités plus ou moins importantes, des épisodes caniculaires ou de grand froid, une inondation, des pannes du système d'information, ou encore la nécessité de fournir une aide médico-psychologique en urgence. Ces différents évènements ont nécessité à chaque fois la mise en œuvre dispositions exceptionnelles, d'adaptations des prises en charge, de transfert des patients, ou de mise à disposition de moyens.

Les risques et les menaces évoluant ces dernières années (menace terroriste, risques infectieux émergents et épidémiques, enjeux climatiques, etc.) le ministère de la santé et des solidarités a réactualisé la doctrine nationale de gestion de crise en la basant non plus sur des plans d'établissement mais sur des stratégies de réponses globales adaptées aux différents niveaux d'intervention territoriale. Ce cadre de planification, défini en 2014, repose sur le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN) aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

Ces nouvelles consignes nationales, et les évènements survenus par le passé ont conduit l'établissement à réactualiser ses plans de gestion de crise en 2021/2022 et à instaurer un dispositif permettant son amélioration continue.

Enjeux :

Disposer de plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles actualisés, opérationnels et connus des professionnels concernés

Assurer, dans ces plans, la prise en compte des scénarios de crise les plus probables et les plus dommageables, de manière à assurer la meilleure continuité possible de la prise en charge des patients/résidents impactés

Actualiser en continue les plans de gestion de crise en regard du guide « d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles » et d'exercices

Public(s) ciblé(s) :

Tous les professionnels

Constat(s) auquel(s) le projet répond :

Les plans de gestion de crise ont été actualisés en 2021/2022. Ils nécessitent des actualisations constantes ainsi que des exercices afin de garantir leur opérationnalité.

Objectif(s) :

Organiser la mobilisation des moyens nécessaires permettant de répondre aux exigences du plan ORSAN fixées pour l'établissement par l'ARS. Ces risques sont de nature à générer une logique de prise en charge de victimes extérieures au CH, de population à héberger, ou d'aide médico-psychologique d'urgence

Identifier les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles dans l'établissement. Ces risques sont de nature à générer des logiques d'adaptation (canicule, grand froids, épidémies, effectifs en tensions...), ou de transfert des patients (impossibilité de maintenir la prise en charge des patients sur place suite à incendie, panne électrique, destruction partielle des locaux...)

Définir les outils génériques de réponses communs aux différents types de risques

Définir et dimensionner les moyens de réponses aux différents éléments posés, selon deux stades distincts

Garantir l'opérationnalité de la cellule de crise dans les 45 minutes suivant l'alerte, en mettant à sa disposition les outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et de coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support...).

Organiser et mettre en œuvre les modalités nécessaires encadrant l'amélioration continue des réponses adaptées aux différents scénarios de crise posés : exercices, actualisation documentaire régulières, plan de suivi des actions préventives, RETEX post-crise.

Mise en œuvre :

L'élaboration du plan GTH-SSE prend appui sur les guides ministériels et les missions assignées par le plan ORSAN de la région (ARS Nouvelle Aquitaine)

Cette élaboration s'effectue dans un cadre collectif, associant la Direction, les instances, les professionnels et les représentants des usagers

Dans un souci de souplesse et de réactivité, le plan GTH-SSE est constitué d'un ensemble de fiches. Celles-ci sont régies individuellement par un circuit de validation documentaire à l'instar des documents qualité habituels, sous une nomenclature spécifique.

Responsable(s) :

Comité de Pilotage « HT SSE »
Direction Qualité Gestion des Risques (coordination)

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Assurer une amélioration continue des plans de gestion de crise	Nombre de comité de pilotage « gestion de crise » tenu par an	2	Action permanente
Réaliser des exercices de gestion de crise	Nombre d'exercice « gestion de crise » réalisé par an	1	Tout au long de l'année 2022 et des années suivantes

5. CONSOLIDER L'INTEGRATION DE LA SATISFACTION ET DE L'EXPERIENCE PATIENT A LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE, ET L'ADAPTER AU RENFORCEMENT DU SECTEUR AMBULATOIRE

Contexte de la fiche action :

L'établissement réalise une évaluation de la satisfaction des patients chaque année. Les séjours en hospitalisations complètes sont actuellement priorisés. Le virage ambulatoire dessiné par nouveau projet médico-soignant rend nécessaire une refonte de ce dispositif en le complétant d'un recueil plus systématique de la satisfaction des patients suivis dans les structures extrahospitalières. Le recueil de la satisfaction, qu'il soit intra ou extra hospitalier nécessite aussi des adaptations afin de répondre aux différentes orientations actuelles du système de santé (parcours patients, implication du patient dans les soins...).

Ce recueil de la satisfaction patient vient compléter le recueil de l'expérience patient effectué via les patients traceurs.

Enjeux :

Connaître le ressenti des patients afin de répondre du mieux possible à ses besoins.

Public(s) ciblé(s) : Patients pris en charge en hospitalisation complète, en ambulatoire et en hospitalisation de jour, adultes et enfants/adolescents

Objectif(s) :

- ✓ Recueillir la satisfaction des patients en définissant des modalités adaptées à leur type de prise en charge (intra, extra, infanto...), à l'échelle de chaque UF, en renforçant en particulier ce recueil sur les structures ambulatoires
- ✓ Actualiser le dispositif de recueil de la satisfaction des patients en y intégrant les notions de parcours patients et d'intégration du patient et de son entourage dans sa prise en charge
- ✓ Relier la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la PEC du patient avec le projet « droits des usagers » et la CDU
- ✓ Poursuivre le recueil de l'expérience patient dans les unités au travers des patients traceurs

Mise en œuvre : Action mise en œuvre par la Direction Qualité Gestion des risques, en liaison avec les responsables de Pôles (Médecins Chefs de Pôle et Cadres Supérieurs de Santé) l'encadrement et les équipes de soins.

Responsable(s) :

Direction Qualité Gestion des Risques
Direction Coordination Générale des Soins
Encadrement et équipes des différentes structures d'hospitalisation complète, de jour, et ambulatoire

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Recueillir la satisfaction des patients en se basant sur le type de population et en	Nombre de structures ambulatoires ayant participé au recueil	1	Fin 2022 pour démarrage en 2023

définissant des modalités adaptées à leur type de prise en charge (intra, extra, infanto...), à l'échelle de chaque UF, en renforçant en particulier ce recueil sur les structures ambulatoires			
Actualiser le dispositif de recueil de la satisfaction des patients en y intégrant les notions de parcours patients et d'intégration du patient et de son entourage dans sa prise en charge	Intégration des questions requises dans les questionnaires	4	Fin 2022 pour démarrage en 2023
Relier la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la PEC du patient avec le projet « droits des usagers » et la CDU	Implication de la CDU et des représentants des usagers dans le recueil de la satisfaction (discussions sur le contenu des questionnaires, et sur les résultats)	3	Action permanente
Poursuivre le recueil de l'expérience patient dans les unités au travers des patients traceurs (cf. fiche action n°1)	Nombre de patients traceurs réalisés	2	Action permanente, en lien avec les 2 itération de patients traceurs effectuées chaque année

6. FOURNIR UNE BASE DOCUMENTAIRE PERTINENTE ET ADAPTEE AUX EXIGENCES DES PROFESSIONNELS

Contexte de la fiche action :

Les évolutions réglementaires et normatives (HAS) sont constantes. Une veille juridique et normative est nécessaire afin de garantir leur connaissance et leur mise en œuvre par les acteurs du soin. La transposition des obligations réglementaires et des recommandations professionnelles doit être épaulée par un dispositif de formalisation interne à la fois réactif et facile d'accès pour les professionnels. Ce dispositif est en place depuis de nombreuses années au CH de Cadillac et doit continuer de fonctionner. Il doit être harmonisé aussi avec les autres dispositifs documentaires des CH de la Direction Commune des Etablissements du Sud-Gironde par le biais de la mise en place d'une application dédiée.

Enjeux :

Intégrer les obligations réglementaires et les recommandations professionnelles nécessaires, au fonctionnement de l'établissement.

Formaliser les organisations et les pratiques professionnelles posant problème.

Fournir au professionnel la bonne information au bon moment sur les consignes à appliquer et sur les organisations définies.

Public(s) ciblé(s) : l'ensemble du personnel

Objectif(s) :

- ✓ Diffuser une veille juridique et scientifique à l'attention des professionnels
- ✓ Assurer une gestion des procédures garantissant leur mise à jour et leur accessibilité, par le biais en particulier de l'utilisation d'une nouvelle application de gestion commune aux établissements de la Direction Commune du Sud-Gironde

Mise en œuvre :

La veille juridique est assurée par le biais de la diffusion des « actus d'ascodocpsy ».
La gestion des documents qualité est assurée par la Direction de la Qualité.

Responsable(s) :

Responsable documentation
Direction Qualité Gestion des Risques

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Diffuser une veille juridique et scientifique à l'attention des professionnels	Diffusion des « actus d'ascodocpsy » chaque semaine	2	Action permanente
Assurer une gestion des procédures garantissant leur mise à jour et leur accessibilité, par le biais en particulier de l'utilisation d'une nouvelle application de gestion	Nombre de procédure actualisée et publiée chaque année	1	Action permanente

commune aux établissements de la Direction Commune du Sud-Gironde			
---	--	--	--

7. POURSUIVRE ET REALISER DE NOUVELLES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Contexte de la fiche action : Le Centre Hospitalier de Cadillac réalise régulièrement des démarches d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP). Les nouvelles exigences du manuel de certification V2020, la publication régulière de recommandations et de guides professionnels, ou encore la survenue d'évènements indésirables plus ou moins récurrente, rendent ces démarches nécessaires et fondamentales. Celles-ci contribuent à la fois à former les équipes aux recommandations approuvées par les sociétés savantes et à fournir aux patients des soins les plus en phases possibles avec les connaissances médicales avérées.

En phase avec les différentes évolutions du système de santé, notamment celles en lien avec la Direction Commune des Etablissement du Sud-gironde et celles de l'insertion territoriale de l'établissement, il est nécessaire d'opérer des démarches d'amélioration continue au sein des principales filières dans lesquelles sont pris en charge les patients du CH de Cadillac. Des démarches diagnostiques du type « parcours traceurs » doivent être aussi être réalisés afin de dresser des états des lieux des forces et des faiblesses de ces parcours et d'améliorer leurs interfaces entre les différents acteurs du soin.

Enjeux :

Former les équipes aux recommandations approuvées par les sociétés savantes et à fournir aux patients des soins les plus en phase possible avec les connaissances médicales avérées.

Opérer des démarches d'amélioration continue au sein des principales filières dans lesquelles sont pris en charge les patients du CH de Cadillac.

Conformité aux critères suivants du référentiel de certification V2020 :

- ✓ Critère n°2.4-01 : Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés
- ✓ Critère n°3.3-01 : La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins
- ✓ Critère n°3.3-02 : L'établissement soutient une culture de sécurité des soins
- ✓ Critère n°3.7-01 : L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques

Public(s) ciblé(s) : L'ensemble des professionnels soignants et médicaux

Objectif(s) :

- ✓ Poursuivre et réaliser de nouvelles Evaluations de Pratiques Professionnelles
- ✓ Réaliser des parcours traceurs, à la fois en interne et dans le cadre de la Direction Commune des Etablissement du Sud-Gironde

Mise en œuvre :

Les différents projets d'évaluation sont coordonnés par la sous-commission EPP composée des acteurs suivants : la Présidence de CME, 1 PH Coordinateur des risques associés aux soins intervenant sur la Direction Commune, 1 PH Pharmacien responsable de l'Equipe opérationnelle d'Hygiène, 1 Cadre Supérieur de santé chargé de la Qualité et 1 Ingénieur Qualité Gestion des Risques. Les différents travaux d'EPP sont suivi par le biais d'un tableau de bord spécifique, intégré au PAQS de l'établissement.

Le PH pharmacien pour la gestion des risques associés aux soins intervenant au sein de la Direction Commune des Etablissements du Sud-Gironde est spécifiquement chargé de la mise en œuvre des parcours traceurs en liaison avec la présidence de CME et la Direction Qualité.

Responsable(s) :

Présidence de CME

1 PH pharmacien intervenant dans le cadre de la Direction Commune des Etablissements du Sud-Gironde

1 PH Pharmacien responsable de l'EOHH

Praticiens Hospitaliers et équipes cliniques

Direction Qualité Gestion des Risques

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Réaliser des évaluations de Pratiques Professionnelles	Nombre d'EPP réalisé chaque année	2	Action permanente
Réaliser des parcours traceurs, à la fois en interne et dans le cadre de la Direction Commune des Etablissement du Sud-Gironde	Nombre de parcours traceurs réalisés chaque année	1	Action permanente

8. EXPLOITER LES RESULTATS DES INDICATEURS NATIONAUX QUALITE GESTION DES RISQUES (IFAQ)

Contexte de la fiche action :

Afin de promouvoir l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de répondre à la demande des patients et des usagers, le ministère chargé de la santé conduit une politique de transparence sur les résultats des actions menées en la matière au sein des établissements de santé. Ces actions sont suivies à l'aide d'indicateurs de mesure dédiés : les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en établissements de santé.

Depuis 2010, les établissements de santé ont l'obligation de mettre à disposition du public les résultats des indicateurs les concernant.

Au-delà de la transparence offerte aux patients, les IQSS sont aussi utilisés dans le cadre de la certification des établissements de santé, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ainsi que pour l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) dans laquelle la psychiatrie est intégrée à partir de l'année 2022.

Enjeux :

- ✓ Transparence en Direction des usagers et des autres parties prenantes de l'établissement (tutelles, partenaires, professionnels...)
- ✓ Obtention d'un financement spécifique directement lié aux résultats obtenus sur les différents niveaux de qualité des indicateurs
- ✓ Prévention des EI et d'autres effets secondaires non désirés liés aux prises en charge en psychiatrie
- ✓ Contribution à l'obtention d'un bon niveau de certification HAS

Public(s) ciblé(s) :

Ensemble de professionnels médico-soignant, secrétaires médicales

Objectif(s) :

Obtenir le meilleur niveau de conformité possible au regard des indicateurs suivants :

- ✓ Evaluation et prise en charge de la douleur somatique ;
- ✓ Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes ;
- ✓ Evaluation gastro-intestinale chez les patients adultes ;
- ✓ Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions ;
- ✓ Qualité de la lettre de liaison à la sortie .

Mise en œuvre :

Le recueil des indicateurs est coordonné par le SIREM, en liaison avec les praticiens hospitaliers, les professionnels soignants volontaires, les secrétariats médicaux, et la Direction Qualité gestion des Risques. Les outils nécessaires (grilles de recueil, portails de saisie...) sont fournis par la HAS via des applications dédiées.

Les résultats sont communiqués en instances (CME, CSIRMT, CDU notamment) après leur publication par la HAS, et sont affichés dans les unités, les salles d'attente, ou les autres lieux de passage des usagers.

Les actions d'améliorations consécutives aux écarts sont intégrées dans le Plan d'Amélioration Qualité Sécurité (PAQS) de l'établissement.

Responsable(s) :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Réaliser le recueil des indicateurs IQSS et relatifs aux IAS	Indicateurs saisis dans les temps impartis par la HAS	1	30 septembre 2022
Obtenir des résultats conformes aux objectifs de performances définis par la HAS pour chaque indicateur	Niveau de résultat de chacun des indicateurs	2	30 septembre 2022

9. CONSOLIDER LA GESTION DES RISQUES « FONDAMENTAUX » INHERENTS A LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

Contexte de la fiche action :

Les prises en charge en psychiatrie sont exposées à des risques spécifiques (Agitation, tentatives de suicide, fugues, agressions sexuelles...), s'ajoutant aux risques fondamentaux de la prise en charge en établissement de santé (médicament, chutes...). Des démarches spécifiques de gestion de ces risques sont mise en place depuis plusieurs années et les premières certifications du CH de Cadillac. Elles s'appuient sur les 4 étapes du processus de gestion des risques : identification, hiérarchisation et analyse, formalisation, plan d'amélioration.

Enjeux :

Limiter la survenue des évènements dommageables, notamment de ceux évitables.

Public(s) ciblé(s) :

Patients pris en charge en intra et en extra hospitalier.

Constat(s) auquel(s) le projet répond :

En 2004 et 2009 les enquêtes ENEIS (Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables Associés aux Soins) ont mis en relief la survenue d'un EIG évitable tous les 10 jours par service de 30 lits dans les secteurs de Médecine et de Chirurgie (soit 2,6% des séjours). Il n'existe pas pour l'heure d'enquête équivalente en psychiatrie mais certaines études ont par exemple calculé un taux d'incidence du suicide de 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques (source l'encéphale « Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention » 2010) et plusieurs milliers de signalements d'états d'agitation ou de violence sont signalés chaque année auprès de l'ONVS (Observatoire National de la Violence en milieu de Santé). Le CH de Cadillac réalise chaque année un diagnostic de ces différents phénomènes présentés aux instances. Ce diagnostic accompagne une démarche d'amélioration continue en vue de les réduire le plus possible.

Objectif(s) :

- ✓ Consolider l'identification des risques au travers d'un nouveau dispositif informatisé de signalement et de traitement des évènements indésirables
- ✓ Améliorer la sécurité du patient par le biais d'un apprentissage continu des erreurs collectives et de pratiques.
- ✓ Garantir la formalisation des éléments de prévention et de protection pour chaque risque

Mise en œuvre :

Cette démarche s'appuie sur les 4 étapes du processus de gestion des risques :

- ✓ Identification : les évènements dommageables sont signalés par le biais d'un portail informatique « de signalement des EI », actuellement présent sur l'Intranet. Ce portail doit évoluer, en liaison avec les autres établissements de la Direction commune du Sud-Gironde, et afin d'intégrer une partie « traitement des risques »
- ✓ Hiérarchisation et analyse : Les EI sont analysés à réception, présentés en CREX, signalés si besoin à l'ARS, et font l'objet d'AAC. Ces éléments concourent à la connaissance de leur dynamique de survenue et à celle de leur criticité (fréquence/gravité à l'échelle de l'établissement).
- ✓ Formalisation : Chaque risque important fait l'objet d'une procédure regroupant ses éléments de prévention, de protection et de conduites à tenir en cas de survenue

- ✓ Plan d'amélioration : les 3 points précédents permettent de connaître les éléments à améliorer qui sont intégrés dans des volets spécifiques du Programme d'Action Qualité Gestion des risques (PAQS).

Responsable(s) :

Direction Déléguée

Présidence de CME

Direction Qualité Gestion des Risques

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Garantir pour chaque « risque fondamentaux », inhérent à l'activité de psychiatrie, une évaluation chiffrée des EI consolidée à l'échelle de l'établissement, des Pôles et des UF	Publication dans le rapport annuel des EI	3	Action permanente
Garantir pour chaque « risque fondamentaux », inhérent à l'activité de psychiatrie la réalisation d'AAC	Nombre d'AAC par thématiques réalisé chaque année	1	Action permanente
Garantir pour chaque « risque fondamentaux », inhérent à l'activité de psychiatrie, la réalisation de plan d'amélioration/formation continue	Existence d'un plan d'amélioration pour chaque risques dans le PAQS	2	Action permanente

10.DEFINIR DES OBJECTIFS OPERATIONNELS DE QUALITE CONTRACTUALISES AVEC LES POLES CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUE

Contexte de la fiche action :

La contractualisation interne constitue un levier important des démarches qualité gestion des risques permettant leur appropriation par les responsables de Pôles Cliniques.

Enjeux :

Suivre le déploiement des actions du projet qualité gestion des risques auprès des équipes.

Favoriser l'appropriation des outils qualité gestion des risques par les responsables de Pôle et les équipes.

Public(s) ciblé(s) :

Responsables de Pôles (PH chefs de Pôles et Encadrement Supérieur de Santé)
Equipes médico-soignantes

Constat(s) auquel(s) le projet répond :

Nécessité de déployer le recueil de la satisfaction patient, les patients traceurs, les CREX, les EPP... auprès des équipes.

Objectif(s) :

Evaluer dans chaque Pôle clinique la mise en œuvre des actions du projet qualité gestion des risques.

Mise en œuvre :

Intégration des indicateurs QGR suivants dans les contrats des Pôles Cliniques :

- ✓ Présence au sein de chaque UF d'admission d'une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration
- ✓ Recueil d'un minimum de 30 questionnaires de satisfaction par an et par UF d'admission (UHSA et USIP comprises); de 15 pour les UF de l'UMD et du Pôle PERSPECTIVES, de 20 pour les UF extra hospitalière (crit. 2.4-02)
- ✓ Réalisation d'un minimum de 2 patients traceurs par UF par an (co-participations comprises pour les patients traceurs impliquant plusieurs UF) (pas de critères direct V2020 mais permettant évaluer plusieurs d'entre-eux)
- ✓ Diffusion au niveau des équipes des résultats des indicateurs IQSS et mise en œuvre d'actions d'amélioration répondants aux points faibles identifiés (crit. 2.4-03)
- ✓ Présence d'un CREX par Pôle, avec un minimum de 3 réunions par an, et comprenant l'ensemble de l'encadrement du Pôle (critère 2.4-04 du manuel de certif, rouge impératif)
- ✓ Présence au niveau de chaque équipe d'un plan de suivi permettant le pilotage les actions d'amélioration émanant des éléments précédents (multi critères)

Responsable(s) :

Direction Déléguée
Présidence de CME
Responsables de Pôles (PH chefs de Pôles et Encadrement Supérieur de Santé)
Direction Qualité Gestion des Risques

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Intégration des indicateurs QGR dans les contrats des Pôles Cliniques	Résultats des 7 indicateurs définis pour chaque Pôle Cliniques	1	Permanente

11.PARTICIPER A LA DEMARCHE QUALITE GESTION DES RISQUES DE LA DIRECTION COMMUNE DES ETABLISSEMENTS DU SUD-GIRONDE

Contexte de la fiche action :

Le CH de Cadillac est intégré au sein de la Direction Commune des Etablissements du Sud-Gironde. Celle-ci est effective dans de nombreux domaines : Direction des Soins, Travaux, Achats... Une Direction Qualité commune regroupe aussi les responsables qualité des 5 établissements sous la responsabilité d'un Directeur Qualité commun. Celle-ci a pour but d'orchestrer une mise en cohérence des différentes démarches qualité gestion des risques des différents établissements ainsi qu'un partage de ressources et de compétences.

Enjeux :

Intégration des démarches QGR des 5 établissements.

Amélioration continue des démarches qualité et gestion des risques de chaque établissement.

Axes communs de travail.

Benchmarking et partages d'expérience.

Partage de compétences et de ressources.

Public(s) ciblé(s) :

Responsables Qualité gestion des risques des différents établissements.

Objectif(s) :

Mise en cohérence des démarches de certification des différents établissements.

Réalisation de projets communs : mise en place d'une application dédiée qualité et gestion des risques, d'audits et d'enquêtes communes ou croisées entre les établissements etc.

Amélioration des outils QGR de chaque établissement par le biais du partage d'expérience.

Mise en œuvre :

Responsable(s) :

Directions Déléguées

Direction Qualité Gestion des Risques de chaque établissement.

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Participer à la démarche qualité gestion des risques de la Direction Commune des Etablissements du Sud-Gironde	Nombre de réunions tenues chaque années	1	permanente

12.FAIRE CONNAITRE DE FAÇON CONTINUE LES RESULTATS ET L'ACTUALITE DE LA DEMARCHE QGR AUX PARTIES PRENANTES DE L'ETABLISSEMENTS ET AUX PROFESSIONNELS

Contexte de la fiche action :

La communication est une dimension déterminante dans l'animation au long cours d'une démarche qualité gestion des risques. L'information des professionnels, les avis des instances, l'implication de l'encadrement sont autant de levier nécessaire à la compréhension des besoins du patient en termes de qualité et de sécurité de prise en charge et de possibilité de réponses à y apporter. Ils sont aussi des éléments nécessaires pour donner confiance aux partenaires de l'établissement : associations d'utilisateurs, autorités de tutelles, partenaires du territoire.

Enjeux :

Les axes de travail précédents doivent prendre appui sur une communication régulière, ciblée, à la fois institutionnelle auprès des instances et de leurs représentants, ainsi qu'auprès des équipes.

Public(s) ciblé(s) :

- ✓ Associations d'utilisateurs,
- ✓ Autorités de tutelles,
- ✓ Partenaires du territoire, médicaux, médico-sociaux etc.
- ✓ Professionnels du CH

Constat(s) auquel(s) le projet répond :

Objectif(s) :

Confiance des partenaires de l'établissement : associations d'utilisateurs, autorités de tutelles, partenaires du territoire.

Mise en œuvre :

Direction Qualité Gestion des risques. Cette communication s'effectuera par le biais des instances, sur des sujets ciblés en fonction des spécificités de chacune et de leurs représentants.

Responsable(s) :

Direction Qualité Gestion des Risques

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Indicateurs	Priorisation	Echéance
Mettre en œuvre un plan de communication relatif au suivi de la démarche d'amélioration continue à destination des associations d'utilisateurs, autorités de tutelles, partenaires du territoire	Nombre d'action de communications réalisées	1	Permanente
Consolider l'information des professionnels sur les axes de la politique QGR et l'actualité de sa mise en œuvre	Nombre d'action de communications réalisées	2	Permanente



Le projet communication

1. DEFINITION

La communication institutionnelle regroupe l'ensemble des actions de communication qui visent à promouvoir l'image de l'établissement vis à vis de ses usagers (professionnels, patients hospitalisés ou non) et de ses différents partenaires (collectivités, médias, tutelles, ...). Elle consiste à mettre à la disposition de la collectivité institutionnelle, médias, décideurs publics, les messages sur le bon comportement de l'établissement, au regard des réglementations et des attentes sociales en vigueur.

2. LES DIFFERENTS TYPES DE COMMUNICATION

- **Communication événementielle**

C'est une communication basée sur les événements créés, existants ou spécifiques (manifestations, portes ouvertes, forums, conférences, inaugurations, ...)

- **Communication organisationnelle**

Elle est basée sur les valeurs fondamentales de l'organisation à savoir : l'identité de l'établissement, le projet de l'établissement etc. Elle s'adresse aux publics interne et externe de l'établissement, et présente l'établissement comme une institution responsable et fiable.

- **Communication institutionnelle**

Elle est basée sur les performances de l'établissement (réalisations médicales, soignantes, économiques, sociales et financières de l'établissement, le plan à moyen et à long terme, le rapport d'activité). Elle s'adresse surtout aux publics spécialisés.

- **Communication promotionnelle**

Elle est faite pour promouvoir l'image de l'établissement, elle consiste à favoriser l'insertion de l'établissement dans l'environnement et à promouvoir son image auprès du grand public. Elle peut être faite à travers les supports usuels ou sur Internet, dans les supports en ligne.

EN RESUME :

La communication institutionnelle a pour but de faire connaître l'établissement et ses services publics. Il s'agit d'amener les différents publics à associer l'établissement à des valeurs positives.

3. LES 5 PILIERS DE LA COMMUNICATION :

1. Une force stratégique : la direction

L'implication d'un directeur lui donnera la force stratégique et les moyens (humains, financiers, logistiques) dont dépend sa réussite. Le service Communication du CH de Cadillac est dirigé par le Directeur Délégué.

2. Des ressources humaines

L'équipe est constituée de 3 personnes : une Chargée de communication, qui coordonne et met en œuvre les actions, une Webmaster qui a en charge toute la communication numérique et un Responsable Audiovisuel, qui réalise les reportages, photos et vidéos nécessaires. Depuis quelques mois, le service communication a intégré le service documentation avec sa documentaliste, archiviste.

Récemment (octobre 2022), l'équipe s'est agrandie avec une Assistante communication en apprentissage, en poste jusqu'en juillet 2024.

Historique du service

L'Unité Communication existe depuis le 1er septembre 2015. Elle a été placée respectivement sous l'autorité de la Direction de la Culture et de la Communication, de la Direction Générale et depuis septembre 2019, sous la responsabilité du Directeur Délégué.

En 2015, elle se composait de 4 agents : Une Chargée de Communication, un Responsable audiovisuel, un Responsable d'imprimerie, une Documentaliste.

Le Centre de Documentation et l'imprimerie ont été respectivement fermés en 2017 et 2018. En 2018, le service communication a accueilli une Webmaster (ancienne agent du service informatique). En 2021, le Centre de documentation a été ré-ouvert.

3. Des cibles

Le « groupe cible » décrit un groupe de personnes avec des caractéristiques communes et/ou des situations de vie analogues.

Plus le groupe cible a été défini avec précision, plus les personnes peuvent être abordées de manière spécifique et en fonction de leurs besoins. Pour pouvoir atteindre les personnes visées, il est primordial de comprendre et de tenir compte de leurs styles et modes de vie dans le contexte socio-économique et culturel qui est le leur.

9 grandes cibles sont identifiées pour le Centre Hospitalier de Cadillac :

Cibles externes :

- 1 : Grand public)
- 2 : Médias (TV, radio, presse, web)
- 3 : Partenaires/autres professionnels (médico-social, GCS, médecins, associations, sociétés,)
- 4 : Représentants des usagers
- 5 : Anciens patients ou patients ambulatoires, familles, proches
- 6 : Politiques et institutionnels
- 7 : Futurs professionnels

Cibles internes :

- 8 : Professionnels du CH et nouveaux professionnels recrutés
- 9 : Patients hospitalisés

4. Des moyens financiers

L'UF communication est référencée dans le fichier structure sous le N°5270 mais n'a pas de ligne budgétaire dédiée à son fonctionnement, ni à ses achats.

- L'achat d'ouvrages et les abonnements aux revues papiers et électroniques du Centre Hospitalier sont gérés par la Direction des Affaires Economiques.
- Les achats et prestations de maintenance pour les sites Internet et Intranet, sont gérés par le service informatique.
- Les demandes de reprographie sont réalisées auprès du CHU (partenariat) via un site spécifique. Les coûts sont pris en charge par la Direction des Affaires Economiques (facturation mensuelle).
- Les autres achats (type produits publicitaires, objets, goodies, kakemonos, ...) sont réalisés au fil de l'eau sur le compte de la Direction en vertu des règles du GHT.

5. Des outils

Outils imprimés :

Une Lettre interne mensuelle– Direct(ion)s

La lettre est un organe d'information de la direction destiné aux agents qui permet une large diffusion d'informations concernant l'établissement. Elle est rédigée par le service communication, avec la contribution des services et diffusée sur Intranet et en papier sur certains points de consultation du site central (Self, DRH, DG, centre de formation).

Un journal externe trimestriel – Acteur(s)

Il a pour objectif de valoriser les professionnels à travers les actions qu'ils portent. Il est rédigé par les services et la communication et diffusé sur Internet, Intranet et en papier sur certains points de consultation du site central (Self, DRH, DG, centre de formation). Il est également envoyé par mail aux directeurs de la Direction commune, aux autres hôpitaux du GHT Communication, aux mairies du territoire, aux membres du Conseil de surveillance, aux journalistes locaux, à l'ARS et aux représentants des usagers.

Annuaire téléphonique

Ce support est tenu à jour par la Webmaster en fonction des actualisations du site Intranet.

Il est disponible pour tous les agents sur Intranet, sur la page d'accueil. Il est également disponible en version imprimable.

Autres outils papier

- Communiqué/dossier/revue de presse (ponctuel – sur demande de la direction)
- Affiche, flyer, invitation, ... (ponctuel – sur demande des responsables)
- Plaquette (mise à jour ponctuelle – sur demandes des responsables)
- Livret (mise à jour ponctuelle – sur demandes des responsables)
- Supports de correspondance : carte de rendez-vous, papier en tête, ... (mise à jour ponctuelle – sur demandes des responsables)

Outils numériques

- Messagerie
- Site Internet : <https://www.ch-cadillac.fr/> (existe depuis plus de 10 ans)
- Site Intranet : <https://intranet.ch-cadillac.fr/> (existe depuis juin 2019 – refonte de l'ancien site Extranet)
- Réseaux sociaux : Facebook (ouvert depuis janvier 2017) ; LinkedIn (ouvert depuis août 2019) ; Twitter (ouvert depuis novembre 2019)
- Pop-up (message à l'ouverture des ordinateurs – mise à jour journalière)

Autres outils : Manifestations, journées de formation /conférences, portes ouvertes, inaugurations,

4. DES AXES D'EVOLUTION

La communication institutionnelle pour la durée du projet d'établissement a pour objet de valoriser les prises en charge diversifiées de l'établissement et renforcer son attractivité, ceci en corrélation avec les 4 autres établissements de la Direction Commune, pour en valoriser les filières partagées de soins et développer la commune identité et l'attractivité.

COMMUNICATION EXTERNE : PROMOUVOIR ET FAIRE CONNAITRE L'IMAGE DE L'HOPITAL ET SON PATRIMOINE

L'image d'un établissement est constituée de l'ensemble des représentations que s'en font les individus, des opinions qu'ils en ont, à partir de ce qu'ils perçoivent. La communication institutionnelle sert à donner la bonne image de l'établissement.

AXE 1 - DEVELOPPER LA COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE

L'établissement doit se faire connaître à travers son identité, ses performances et sa notoriété

- **Objectif 1 :** Se faire connaître par le grand public (offre de soins, chiffres clés, ...)

- **Objectif 2** : Optimiser le recrutement, présenter une image positive et performante et fédérer les nouveaux professionnels
- **Objectif 3** : Etre connu par les autres professionnels de la santé

AXE 2 - COMMUNIQUER AU SERVICE DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE : FAIRE CONNAITRE ET DESTIGMATISER

- **Objectif 1** : Permettre aux patients hospitalisés d’avoir une information actualisée
- **Objectif 2** : Permettre aux patients externes d’avoir une information actualisée
- **Objectif 3** : Permettre aux familles/proches d’avoir une information actualisée

AXE 3 - PROMOUVOIR LE PATRIMOINE DE L’HOPITAL

Permettre au grand public de connaître l’histoire de l’hôpital

COMMUNICATION INTERNE : DEVELOPPER LE PARTAGE DE L’INFORMATION POUR FEDERER

Le monde administratif et ses nombreuses règles (notes internes, procédures, règlements,) peut être difficile à appréhender tant pour les agents que pour les patients hospitalisés. La communication peut les aider à synthétiser des informations et à les appliquer. La taille de l’établissement est un frein à la communication, afin de travailler ensemble, il convient de se connaître et de savoir quel est notre rôle à chacun.

AXE 4 - FAVORISER LE PARTAGE DE L’INFORMATION

Permettre aux professionnels d’avoir une information actualisée.

AXE 5 - FEDERER ET VALORISER LES PROFESSIONNELS, SE CONNAITRE

Il est établi pour chaque action et pour chaque agent de la communication. Il permet de suivre annuellement les actions à mettre en œuvre et peut faire l’objet de réajustements.

5. PERIMETRE

Le périmètre du projet présenté concerne la stratégie de communication du Centre Hospitalier de Cadillac, tant dans sa dimension interne qu’externe.

6. CONTRAINTES

- Disponibilité des acteurs de nature à ralentir le calendrier de mise en œuvre
- Absence d’un budget défini
- Définition des rôles de chacun
- Urgences et impondérables à traiter en plus des actions à mettre en œuvre

COMMUNICATION EXTERNE

FICHE ACTION 1 : MODERNISER L'IMAGE DE L'ETABLISSEMENT

Contexte :

L'établissement a une image un peu traditionnelle et classique dans sa communication institutionnelle. Afin d'intéresser des publics plus jeunes, il est important de moderniser sa charte graphique. La signalétique des sites principaux (central, VO, Lormont) est vieillissante et n'a pas évolué, au point d'être parfois obsolète. La signalétique des entrées de ces bâtiments est inexistante, ce qui crée de nombreux problèmes de repérage (site central). Depuis la fermeture de l'imprimerie, les documents type plaquettes sont souvent réalisés par les services, sans respecter de charte graphique, ce qui crée une confusion graphique et une absence d'identité de marque.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : toutes les cibles externes et internes

Actions proposées :

- Elaborer un nouveau site internet
- Revoir la signalétique des sites principaux du CH
- Créer des vidéos « métiers »
- Mettre en place une charte graphique
- Harmoniser toutes les plaquettes en fonction de la charte
- Renforcer et dynamiser la communication sur les réseaux sociaux
- Proposer des outils COM pour accompagner les professionnels dans les salons et colloques

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager (sous réserve de recrutement)

Autres pilotes :

- Direction des travaux
- Direction des affaires économiques
- Direction

Ressources et financements : A déterminer

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Elaborer un nouveau site internet	1	2023	Prévu en 2021 mais reporté dans la perspective de création d'un site portail de la direction commune
Revoir la signalétique des sites principaux du CH	1	2023	En attente d'un devis
Créer des vidéos « métiers »	2	2023-2024	Sélectionner un prestataire
Mettre en place une charte graphique	1	2023	En cours

Harmoniser toutes les plaquettes en fonction de la charte	1	2023-2024	En cours
Renforcer et dynamiser la communication sur les réseaux sociaux	2	2023	A voir avec le projet de recrutement d'un community manager
Proposer des outils COM pour accompagner les professionnels dans les salons et colloques	3	2024	A voir selon demandes et budget

COMMUNICATION EXTERNE

FICHE ACTION 2 : SE FAIRE CONNAITRE A L'EXTERIEUR

Contexte:

Le CH de Cadillac existe depuis plus de 400 ans et a beaucoup évolué au fil des années. Il est nationalement connu pour son UMD et son UHSA mais de nouvelles structures ont été créées et mériteraient d'être également citées. Il faut communiquer sur les consultations spécialisées, les équipes mobiles et toutes les évolutions qui vont avoir lieu avec le PMS.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : toutes les cibles externes et internes

Actions proposées :

- Créer une plaquette « grand public »
- Créer une plaquette « notre offre de soins »
- Créer un journal externe
- Réaliser une vidéo de présentation du CH
- Rédiger une charte média et la diffuser
- Renforcer et dynamiser la communication sur les réseaux sociaux
- Organiser la communication sur les réseaux sociaux (ouverture à d'autres réseaux)
- Développer les conférences filmées professionnelles
- Rédiger des articles dans le journal externe sur les actualités du CH
- Promouvoir les campagnes de santé organisées par le CH

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager

Autres pilotes :

- DGCS
- Direction
- Direction des projets et de la prévention

Ressources et financements : A déterminer

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Créer une plaquette « grand public »	1	2021 (fait)	Réalisé
Créer une plaquette « notre offre de soins »	1	2021 (fait)	Réalisé
Créer un journal externe	1	2021 (fait)	Réalisé
Réaliser une vidéo de présentation du CH	2	2023	Prestataire à sélectionner
Rédiger une charte média et la diffuser	1	2022 (fait)	Réalisé

Renforcer et dynamiser la communication sur les réseaux sociaux	2	2022 -2023	Recrutement d'un community manager réalisé (apprentissage en octobre 2021) Il faut réfléchir à la politique de COM
Organiser la communication sur les réseaux sociaux (ouverture à d'autres réseaux)	3	2024	Il faut réfléchir à la politique de COM
Développer les conférences filmées professionnelles	3	2025	
Rédiger des articles dans le journal externe sur les actualités du CH	1	Permanent	
Promouvoir les campagnes de santé organisées par le CH	2	2023	

COMMUNICATION EXTERNE

FICHE ACTION 3 : OPTIMISER LES RECRUTEMENTS

Contexte :

Depuis plusieurs années l'Hôpital connaît de gros problèmes de recrutement, notamment auprès des médecins et des soignants. Le CH doit établir une nouvelle politique de recrutement pour attirer de jeunes professionnels et les fidéliser.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : futurs professionnels

Actions proposées :

- Organiser la communication des recrutements (réseaux et internet)
- Aider la DRH à communiquer sur les réseaux (recrutements)
- Aider la DAM à communiquer sur les réseaux (recrutements)
- Aider la DGCS à dynamiser la communication externe auprès des écoles, des centres de formations, des associations (étudiants, internes...)
- Aider la DAM à renforcer et dynamiser la communication externe auprès de l'ARS (postes d'internes et d'assistants)
- Créer une plaquette le CH recrute
- Aider la DGCS à communiquer autour des bourses d'étude allouées à partir de la deuxième année
- Créer un livret d'accueil des stagiaires
- Formaliser et activer une procédure d'accueil pour les nouveaux professionnels
- Communiquer sur les remboursements des frais de transport hors des résidences administratives et familiales, de la possibilité de prise en charge partielle du titre d'abonnement aux transports publics

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager

Autres pilotes :

- DGCS
- Direction
- DRH
- DAM

Ressources et financements : A déterminer

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Organiser la communication des recrutements (réseaux et internet)	1	2022	En cours
Aider la DRH à communiquer sur les réseaux (recrutements)	1	2022	En cours
Aider la DAM à communiquer sur les réseaux (recrutements)	1	2022	En cours

Aider la DGCS à dynamiser la communication externe auprès des écoles, des centres de formations, des associations (étudiants, internes...)	1	2022	A voir avec la DGCS
Aider la DAM à renforcer et dynamiser la communication externe auprès de l'ARS (postes d'internes et d'assistants)	1	2022	A voir avec la DAM
Créer une plaquette le CH recrute	2	2023	
Aider la DGCS à communiquer autour des bourses d'étude allouées à partir de la deuxième année	1	2022 (fait)	Réalisé
Créer un livret d'accueil des stagiaires	1	2023	En cours avec la DGCS
Formaliser et activer une procédure d'accueil pour les nouveaux professionnels	2	2023	
Communiquer sur les remboursements des frais de transport hors des résidences administratives et familiales, de la possibilité de prise en charge partielle du titre d'abonnement aux transports publics	2	2023	A intégrer dans la plaquette « le CH recrute »

COMMUNICATION EXTERNE

FICHE ACTION 4 : FIDELISER LES NOUVEAUX ARRIVANTS

Contexte :

Une fois que les professionnels ont été recrutés, il faut aussi leur donner envie de rester dans le CH et de continuer leur parcours professionnel. Une politique communication doit être développée en ce sens. Pour cela il faut remettre en place les journées d'accueil et créer des livrets d'accueil et communiquer sur la politique de formation.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : Futurs professionnels

Actions proposées :

- Créer un livret d'accueil des stagiaires
- Aider la DRH, la DAM et la DGCS à formaliser une procédure d'accueil pour les nouveaux professionnels
- Organiser une journée d'accueil des nouveaux arrivants
- Communiquer sur les politiques de formation et de développement professionnels
- Communiquer sur les avantages financiers pour les médecins et les soignants
- Prévoir un kit d'accueil
- Prévoir le recueil des avis des nouveaux arrivants

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager

Autres pilotes :

- DGCS
- Direction, DRH, DAM

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Créer un livret d'accueil des stagiaires	1	2023	En cours avec la DGCS
Aider la DRH, la DAM et la DGCS à formaliser une procédure d'accueil pour les nouveaux professionnels	2	2023	
Organiser une journée d'accueil des nouveaux arrivants	2	2023	Réalisé pour les internes
Communiquer sur les politiques de formation et de développement professionnels	2	2024	
Communiquer sur les avantages financiers pour les médecins et les soignants	1	2023	A intégrer dans les livrets
Prévoir un kit d'accueil	1	2022	Réalisé pour les internes
Prévoir le recueil des avis des nouveaux arrivants	1	2023	Réalisé pour les internes

COMMUNICATION EXTERNE

FICHE ACTION 5 : PERMETTRE AUX PATIENTS HOSPITALISES D'AVOIR UNE INFORMATION ACTUALISEE

Contexte :

Les patients hospitalisés n'ayant que peu de facilité pour accéder aux actualités et aux informations du CH, il faudrait prévoir des supports de communication pour eux.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : Patients hospitalisés

Actions proposées :

- Créer un livret numérique
- Développer l'information sur des bornes numériques dans les services de soins
- Actualiser le livret du patient
- Faire traduire le livret d'accueil patient en langues étrangères

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager

Autres pilotes :

- DGCS
- Direction
- CSS
- DSIO
- Direction des usagers

Ressources et financements :

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Créer un livret numérique	1	2022	En cours
Développer l'information sur des bornes numériques dans les services de soins	3	2025	
Actualiser le livret du patient	1	Annuel	
Faire traduire le livret d'accueil patient en langues étrangères	3	2024	

COMMUNICATION EXTERNE

FICHE ACTION 6 : PROMOUVOIR LE PATRIMOINE DE L'HOPITAL

Contexte :

L'hôpital est riche d'une grande histoire de plus de 400 ans et a collecté au fil des années de nombreuses photographies (argentiques et numériques), document et objets qui sont les témoins de cette histoire. La faire connaître auprès du grand public et des futurs professionnels permettrait d'offrir une image plus empathique et « humaine » de l'établissement.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : Toutes les cibles

Actions proposées :

- Publier une photothèque historique du CH sur internet
- Faire expertiser et légender les archives photos du CH
- Organiser les journées du patrimoine
- Créer un escape game historique pour l'accueil des nouveaux arrivants
- Organiser une exposition des objets du musée

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager

Autres pilotes :

- DGCS
- Direction
- Bénévoles historiens

Ressources et financements : A déterminer

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Publier une photothèque historique du CH sur internet	2	2023	
Faire expertiser et légender les archives photos du CH	1	2022	En cours
Organiser les journées du patrimoine	1	2023	
Créer un escape game historique pour l'accueil des nouveaux arrivants	1	2022 (fait)	Réalisé
Organiser une exposition des objets du musée	2	2023	En cours

COMMUNICATION INTERNE

FICHE ACTION 1 : PERMETTRE AUX PROFESSIONNELS D'AVOIR UNE INFORMATION ACTUALISEE

Contexte :

Le CH de Cadillac regroupe plus de 80 structures de soins, éparpillées aux 4 coins du territoire. La diffusion de l'information n'est pas égale entre eux et cela génère des « mise à l'écart » et des pénuries d'information.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : Professionnels

Actions proposées :

- Créer un annuaire
- Publier une plaquette sur l'utilisation des réseaux sociaux
- Organiser des sessions de sensibilisation pour l'utilisation des réseaux dans le cadre professionnel
- Communiquer autour de la politique de formation et de développement professionnel
- Développer une application de co-voiturage et de réservation de salle
- Actualiser les plaquettes
- Installer des écrans numériques d'information
- Proposer aux agents un réseau social interne
- Diffuser une veille documentaire
- Faciliter l'accès aux abonnements et revues numériques

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager
- Documentaliste

Autres pilotes :

- DGCS
- Direction
- DSIO

Ressources et financements : A déterminer

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Créer un annuaire	1	2022 (fait)	Réalisé
Publier une plaquette sur l'utilisation des réseaux sociaux	1	2022 (fait)	Réalisé
Organiser des sessions de sensibilisation pour l'utilisation des réseaux dans le cadre professionnel	2	2023	
Communiquer autour de la politique de formation et de développement professionnel	2	2024	

Développer une application de co-voiturage et de réservation de salle	2	2024	
Actualiser les plaquettes	1	Permanent	
Installer des écrans numériques d'information dans les salles d'attente et au self	3	2025	
Proposer aux agents un réseau social interne	3	2025	
Diffuser une veille documentaire	1	2022 (fait)	Réalisé
Faciliter l'accès aux abonnements et revues numériques	1	2022 (fait)	Réalisé

COMMUNICATION INTERNE

FICHE ACTION 2 : PERMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SE CONNAITRE ET DE CONNAITRE LEUR ETABLISSEMENT

Contexte :

La grandeur, l'étendue et le nombre de professionnels ne permettent pas de se connaître et de connaître l'ensemble de l'établissement. Pour fédérer et créer un sentiment d'appartenance, il faudrait simplifier les relations entre les professionnels et c'est en se connaissant, que l'on crée la communication.

FICHE ACTION

Public(s) ciblé(s) : Professionnels

Actions proposées :

- Mettre à jour le livret d'accueil du personnel
- Mettre en place un trombinoscope sur intranet (directions et cadres)
- Publier tous les mois les nouveaux arrivés avec photo dans la lettre de direction
- Promouvoir les écrits des professionnels sur intranet
- Equiper tous les professionnels d'un badge avec photo
- Développer une application de co-voiturage et de réservation de salle
- Actualiser les plaquettes
- Actualiser les sites intranet et internet
- Créer une plaquette de présentation du CH pour les nouveaux arrivants

Responsable(s) :

- Chargée de communication
- Webmaster
- Responsable audiovisuel
- Community manager

Autres pilotes :

- DGCS
- Direction
- DRH
- DSIO

Ressources et financements : A déterminer

Synthèse de la fiche action :

Actions	Priorisation	Echéance	Etat de réalisation
Mettre à jour le livret d'accueil du personnel	1	2022	En cours
Mettre en place un trombinoscope sur intranet (directions et cadres)	2	2023	
Publier tous les mois les nouveaux arrivés avec photo dans la lettre de direction	1	2022 (fait)	Réalisé
Promouvoir les écrits des professionnels sur intranet	2	2023	En cours
Equiper tous les professionnels d'un badge avec photo	2	2022	En cours

Développer un application de co-voiturage et de réservation de salle	2	2024	
Actualiser les plaquettes	1	Permanent	
Actualiser les sites intranet et internet	1	Permanent	
Créer une plaquette de présentation du CH pour les nouveaux arrivants	3	2025	



Le projet du système d'information

PREAMBULE

L'établissement doit s'assurer d'une évolution du système d'information (SI) en cohérence avec le projet d'établissement et plus particulièrement le Projet Médico-Soignant (PMS) d'établissement, déclinaison du PMS de GHT. L'établissement doit également s'inscrire dans la démarche de mutualisation engagée au sein de la direction commune et tenir compte du schéma directeur immobilier de l'établissement.

Pour ce faire, l'établissement a mis en place une démarche d'élaboration du Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) permettant aux acteurs de l'établissement, en charge de la définition et de la planification de l'évolution du système d'information, d'assurer la cohérence entre la stratégie de l'établissement et les objectifs de leur système d'information.

Ce SDSI est un « instrument » à la fois de diagnostic, d'information et de formulation des objectifs sur la base de la stratégie d'établissement et de l'analyse de l'existant. C'est aussi une « méthode » pour préparer l'avenir en identifiant les opportunités d'évolution des pratiques des différents métiers au sein de l'établissement et les progrès technologiques désormais accessibles tout en tenant compte des contraintes existantes. Enfin, c'est un « référentiel » pour les budgets, d'exploitation et d'investissement, ainsi que pour l'ensemble des activités de la fonction informatique qui doivent y trouver leur raison d'être.

Les principaux bénéfices attendus de cette démarche sont multiples :

- Prendre du recul et faire le bilan des actions passées tout en analysant l'existant ;
- Identifier les opportunités en matière d'amélioration des performances du SI ;
- Offrir de meilleurs services SI aux utilisateurs ;
- Optimiser le partage de l'information entre les différents acteurs ;
- Préparer l'hôpital de demain ;
- Mettre en place une organisation de la DSI adaptée aux nouveaux enjeux de l'établissement ;
- Créer une synergie et une cohésion interne à travers un projet fédérateur pour tout l'établissement.

1. INTRODUCTION AU SDSI

1.1 Synthèse

Ce document est composé de 7 chapitres.

Il présente en introduction l'organisation retenue et la démarche suivie par le Centre Hospitalier de Cadillac pour élaborer le Schéma Directeur de son Système d'Information.

Dans le deuxième chapitre, le système d'information existant est confronté aux orientations stratégiques de l'établissement. Les projets d'amélioration du SI doivent aller dans le sens de ces orientations stratégiques.

Le troisième chapitre décrit le système d'information cible en abordant les différents niveaux du schéma d'urbanisation (les aspects « métier », « fonctionnel », « applicatif » et « technique »). Le respect d'une démarche d'urbanisation permet de pérenniser les projets d'amélioration du SI.

Ce document présente dans le quatrième chapitre les différents projets du scénario retenu et leur ordonnancement.

Il montre dans le cinquième chapitre l'évaluation des investissements, des coûts des prestations externes et internes (DSI), des coûts de fonctionnement, et des charges internes (DSI) nécessaires à la mise en œuvre du SDSI pour les 3 prochaines années (2022 – 2024).

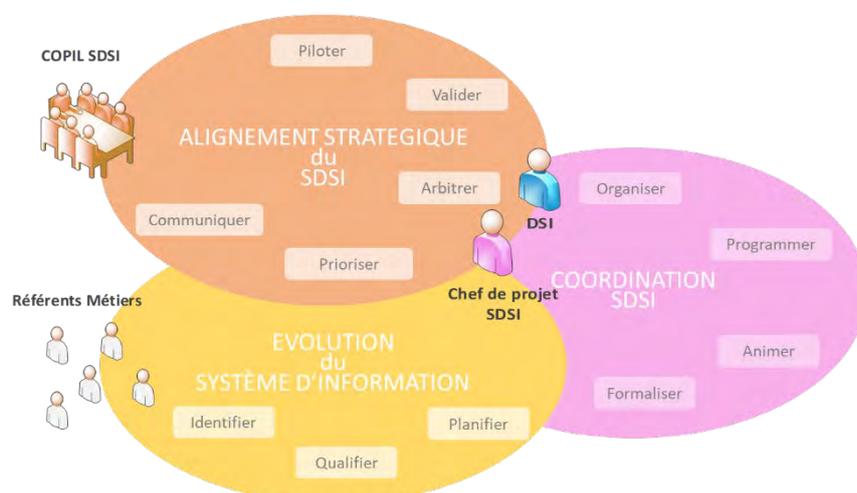
Le sixième chapitre décrit l'organisation prévue pour le pilotage du SDSI.

Le septième et dernier chapitre intitulé « Annexes » recense les personnes ayant participé à l'élaboration du SDSI et l'ensemble des fiches projet détaillées.

1.2 Organisation et démarche suivie

1.2.1 Organisation

**L'ORGANISATION RETENUE POUR L'ELABORATION DU SDSI
REPOSE SUR UNE ORGANISATION DE MANAGEMENT DE PROJET**



Le COPIL (Comité de Pilotage du SDSI) garantit l'alignement stratégique de l'évolution du SI avec le projet d'établissement. Il est composé des **Directions, de la Présidente et Vice-Présidente de la CME, du Médecin DIM, du Contrôleur de Gestion ... et du Chef de projet SDSI**. Il pilote le projet SDSI, communique sur son état d'avancement, valide le portefeuille de projets SI priorités, arbitre et décide des actions majeures au bon déroulement du SDSI.

Le Chef de Projet SDSI planifie et suit les actions au niveau du projet SDSI, organise les réunions décisionnelles et les groupes de travail, anime ces réunions et ces groupes, et formalise les documents à produire.

Les Référents Métiers sont des acteurs métiers qui identifient les projets d'amélioration du SI et qui participent à leur qualification et à leur planification.

L'établissement a fait appel à un Consultant externe d'assistance « méthode, outils et bonnes pratiques » pour l'organisation et la réalisation de ce projet, notamment assister le Chef de Projet SDSI dans :

- L'organisation du projet : Instances de décision et de travail, rôle et responsabilité des acteurs ;
- La planification des travaux, le suivi d'avancement ;
- L'animation des instances ;
- La formalisation des résultats.

Dans son rôle d'assistant, le Consultant externe ne s'est pas substitué aux acteurs de l'établissement qui :

- Mènent les travaux opérationnels ;
- Prennent les décisions ;
- Qualifient les projets ;
- Choissent le scénario à mettre en œuvre.

L'objectif étant d'amener l'établissement à être autonome pour piloter et réorienter si nécessaire le Schéma Directeur dans les prochaines années.

1.2.2 Démarche suivie

Il s'agit donc de **faire évoluer** et de **sécuriser** le système d'information **en conformité** avec les axes stratégiques du Centre Hospitalier de Cadillac.

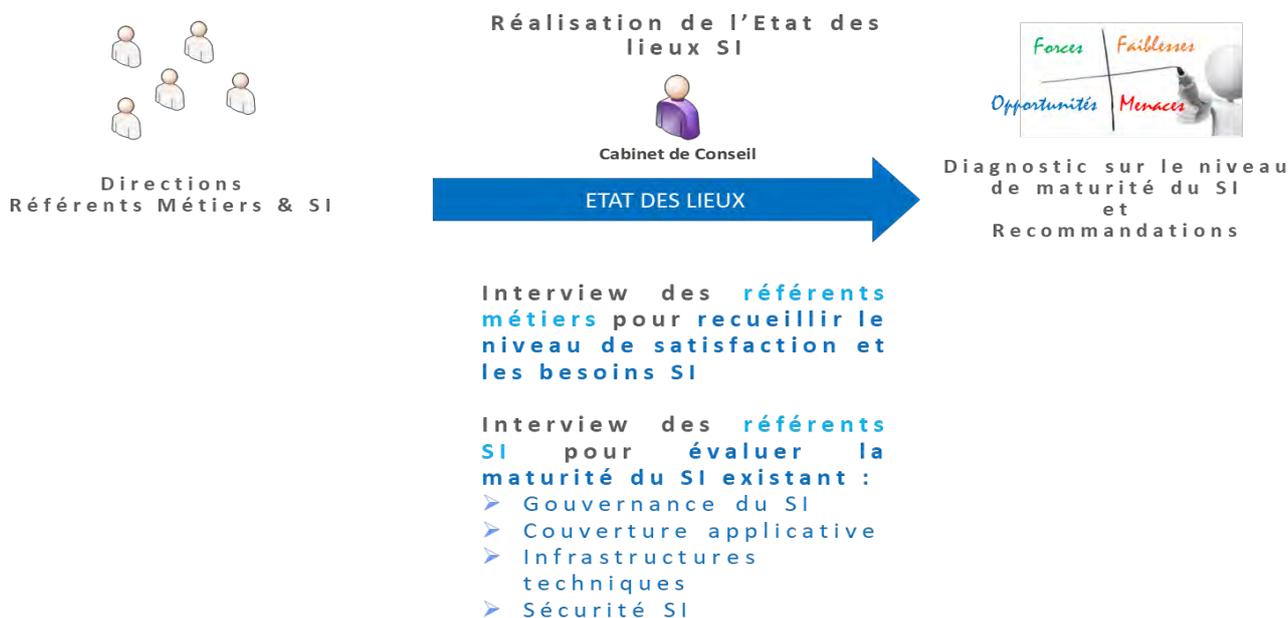
Des entretiens individuels avec le Directeur et certains de ses collaborateurs sur le projet d'établissement ont permis d'**identifier les axes stratégiques relatifs au SI**.

De manière à éclairer le Schéma Directeur dans les besoins d'évolution, une **étude de maturité du Système d'Information existant** a été réalisée par un Consultant externe : Entretiens individuels, avec des référents métiers et des référents techniques sur le niveau de performance du S.I. et sur les attentes d'évolution du S.I.

1.2.2.1 Etude du SI et de la DSI

L'étude du SI permet d'évaluer la maturité du système d'information du Centre Hospitalier de Cadillac.

Elle consiste à recenser les besoins d'évolution du SI, à évaluer l'état du SI puis d'en dresser un diagnostic au regard du programme « Hop'EN », des certifications applicables au SI et du Schéma Directeur des Systèmes d'Information du GHT.



L'Étude des activités SI assurées par la DSI consiste en parallèle de l'étude du SI, à qualifier les fonctions SI couvertes par la DSI au regard de ses missions. Cette étape indispensable à l'élaboration du SDSI permet de confronter les charges induites par l'ensemble des projets SI (nouveaux projets et exploitation courante) à la capacité à faire de la DSI.

1.2.2.2 La démarche SDSI

La démarche « SDSI » consiste à identifier les projets d'amélioration du système d'information, à les qualifier et à les prioriser en tenant compte des axes stratégiques de l'établissement relatifs au Système d'Information.

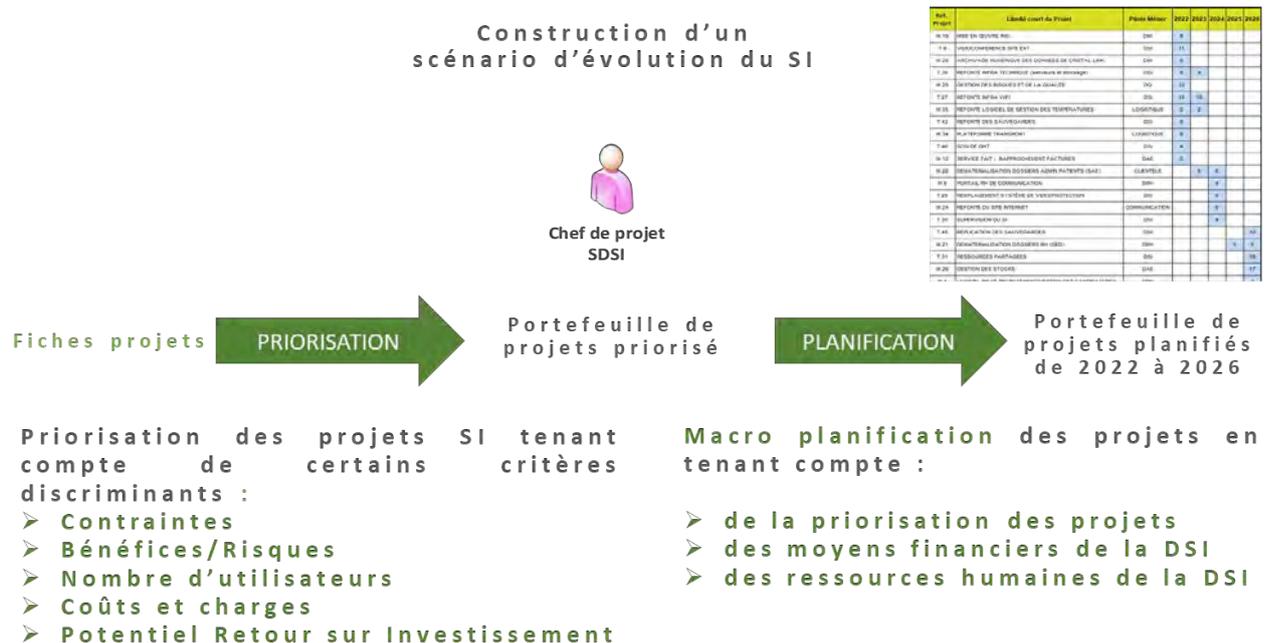
Etape SDSI 1 : Identification et qualification des projets du SI cible

A partir de l'étude du SIH existant, du Projet Médico-Soignant et du SDSI de GHT, il s'agit d'identifier des projets SI opportuns et d'élaborer des fiches d'opportunité permettant de recenser les besoins d'amélioration du SI. Ces projets ont donné lieu à un travail de définition et de qualification des projets opportuns, au travers de Fiches Projets, qui a permis de constituer, un portefeuille de projets.



Etape SDSI 2 : Définition de la stratégie d'évolution du SI

Cette deuxième étape permet de prioriser les projets à la lumière de leur qualification puis d'élaborer un scénario (trajectoire) d'évolution du système d'information tenant compte des contraintes en ressources humaines et financières de la DSI.



1.2.2.3 Macro planning d'élaboration du SDSI

Sur le plan opérationnel, la première version du SDSI est achevée en novembre 2021 afin de ne pas être en décalage avec la période d'application (2022 – 2024).

1.3 Documents de référence

Les documents de référence suivants ont conduit au SDSI :

- Schéma Directeur des Systèmes d'Information du GHT
- Projet Médico-Soignant de l'établissement
- Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).
- Orientations stratégiques SI définies par la Direction Commune
- Programmes nationaux Hop'EN et SUN-ES
- Critères SI de certification HAS v2020

2. AXES STRATEGIQUES ET OBJECTIFS OPERATIONNELS ASSIGNES AU SYSTEME D'INFORMATION

Les axes stratégiques relatifs au Système d'Information découlant du Projet d'Etablissement et de ses volets médico-soignants sont les suivants :

- **Renforcer la coordination des soins et la coopération entre professionnels** internes et externes pour la mise en place :
 - Du Projet Médico-Soignant de l'Ets découlant du PMS du GHT Alliance de Gironde ;
 - Du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).
 - Des orientations stratégiques SI définies par la Direction Commune

Cet axe se traduira par des échanges sécurisés avec l'extérieur s'appuyant entre autres sur le Portail d'intermédiation du GHT dans le but de partager avec les professionnels de santé la ligne de vie des patients et des documents associés au niveau des Ets parties du GHT (Hospitalisations, CR, résultats d'examen...),

- **Rendre plus efficiente la gestion des activités de production de soins et de support** pour un hôpital plus performant et une meilleure qualité de prise en charge du patient.

L'optimisation des activités passe par un système d'information plus performant et en adéquation avec les organisations.

L'évolution du système d'information devra répondre aux exigences nationales en matière de qualité, portées par la certification HAS (Indicateurs IFAQ et éléments de preuve sur le Dossier) et en matière de maturité portée par la future certification des SI des établissements de santé prévue pour 2022 (Indicateurs MaturiN-H).

Par ailleurs, l'établissement a candidaté et a été retenu pour un financement Hop'EN conditionné par l'atteinte de prérequis et de cibles d'usage du domaine D2 « Dossier Patient Informatisé et interopérable » d'ici fin 2022.

Plus généralement, l'ensemble des cibles Hop'EN sur la production de soins seront reprises dans le référentiel de certification MaturiN-H. Ces cibles correspondent à des résultats d'imagerie et de biologie accessibles depuis les services, un Dossier Patient Informatisé et interopérable, une prescription électronique alimentant un plan de soins unique, une programmation des ressources intégrant l'agenda

partagé du patient, une communication et des échanges avec les partenaires, la mise à disposition de services en ligne aux usagers et aux patients.

Un des moyens d'optimiser les activités est de dématérialiser les documents papiers et leurs flux internes et externes à l'établissement : dématérialisation des recettes, des dépenses et des marchés avec le Trésor Public, dématérialisation des factures avec les caisses de paiement, dématérialisation des commandes et des factures fournisseurs, dématérialisation des résultats d'exams externes, dématérialisation des pièces administratives pour le patient et des pièces RH pour les agents, dématérialisation de l'ensemble des demandes de service...

La valorisation de l'activité de l'établissement n'en demeure pas moins importante. Il s'agira donc de maintenir la qualité des éléments produits pour le PMSI.

- **Améliorer l'information et les services rendus aux Patients** et à leur entourage pour rendre plus attractifs les services proposés au Patient.

Les projets se rattachant à cet axe concernent la téléconsultation, l'amélioration du site internet de l'établissement, les télé-services proposés aux patients (prise de RDV, préadmission, paiement en ligne ...) via le portail GHT et le site intranet du patient.

- **Rendre plus performant le pilotage médico-économique** en lien avec la mise en place d'outils pour accompagner la réforme du financement de la psychiatrie et l'organisation de la gouvernance en pôles

La Production de tableaux de bord dynamiques et intuitifs de pilotage médico-économique sera fondée sur un SI alimenté des données de production. Les tableaux de bord de pilotage par pôle ou entité corrèleront des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité. Ces tableaux de bord de pilotage seront utilisés dans le cadre du dialogue de gestion (Direction et Pôles).

- **Renforcer la sécurité du système d'information** pour améliorer la disponibilité, la fiabilité et la confidentialité des données de santé personnelles du Système d'Information.

Il est prioritaire de répondre aux exigences nationales (certification HAS, certification des comptes) et européennes en termes de sécurité du système d'information (Directive NIS). Les risques de piratage grandissant sur les données numériques en général et sur les données sensibles de santé en particulier, amènent l'établissement à devoir élever le niveau de sécurité de son système d'information.

L'établissement s'est engagé dans une véritable Politique Sécurité du Système d'Information en s'appuyant sur un Responsable de la Sécurité du Système d'Information de GHT. Un correspondant SSI du RSSI de GHT, membre de la DSI devra néanmoins être nommé pour piloter la sécurité du Système d'Information de l'établissement.

- **Répondre aux besoins numériques dégagés par le nouveau projet immobilier.**

L'établissement s'est engagé dans la réalisation d'un schéma directeur immobilier. Il s'agira d'identifier, de qualifier puis de planifier dans le SDSI les nouveaux projets numériques en lien avec le projet immobilier.

a. Le système d'information existant au vu de ces objectifs

L'analyse de l'existant a permis de relever les atouts du SI actuel par rapport aux objectifs décrits précédemment et les points sur lesquels le SI actuel constitue un frein à l'atteinte de ces objectifs

2.1.1 Positionnement du SI au regard du Programme Hop'EN (avril 2021)

Le **programme HOP'EN** pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement » s'inscrit pleinement dans la politique du numérique en santé et la feuille de route « **Accélérer le virage numérique** » : présentée par la Ministre le 25 avril 2019 et en constitue l'action 19 : soutien à l'évolution des systèmes d'information hospitaliers avec le programme HOP'EN.

Il poursuit les efforts engagés par les établissements de santé dans leur transformation numérique et leur modernisation et a comme ambition d'amener - d'ici 2022 - les établissements de santé, quels que soient leur statut, leur taille et leur activité, à un palier de maturité de leur système d'information, nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux de **décloisonnement du système de santé** et de **rapprochement avec les patients** :

Depuis la version 2020, la certification HAS intègre pour la partie SI les critères Hop'EN.

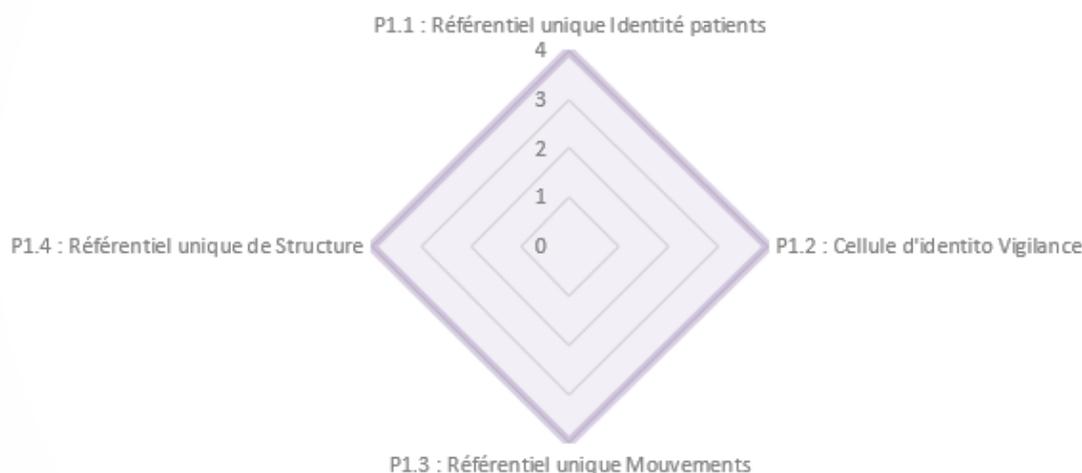
Un premier travail d'analyse consiste à confronter le SIH aux prérequis et aux domaines fonctionnels cibles du programme Hop'EN. Cette étude porte sur un premier niveau de maturité du SIH en termes de sécurisation, de disponibilité et de fiabilité du socle technique et de couverture fonctionnelle du SIH par rapport aux domaines fonctionnels cibles Hop'EN. **L'aspect usage du SIH n'est abordé dans cette étude car aucun indicateur de mesure approprié n'est mis en place pour le moment dû au changement récent de DPI.**

Le nouveau programme de financement SUN-ES accompagne la fin du programme « Hop'EN » pour accélérer la numérisation du réseau « Ville – Hôpital – Patient ». L'établissement a l'opportunité d'obtention d'un financement SUN-ES.

➤ **4 pré-requis Hop'EN** indispensables pour **assurer la sécurité et la continuité de la prise en charge du patient sur le territoire** :

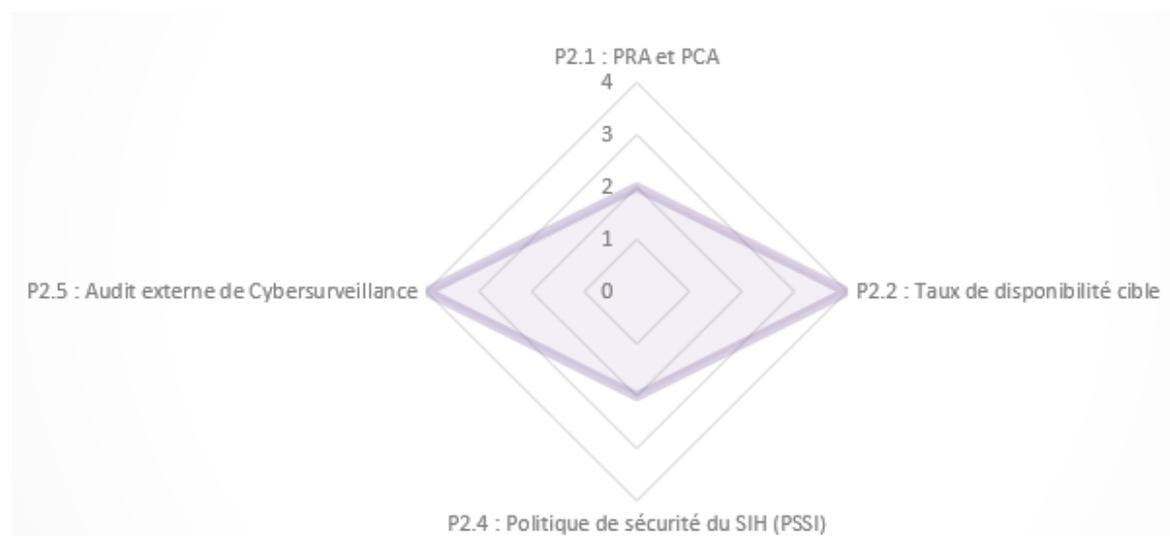
1) Un référentiel identités, séjours, mouvements du patient unique :

- P1.1 : Référentiel unique Identité patients ● 100% des applications connectées au référentiel DXCARE IMS
- P1.2 : Cellule d'identito Vigilance ● CIV opérationnelle au niveau Ets
Qu'en est-il de la CIV de GHT ?
- P1.3 : Référentiel unique Mouvements ● 100% des applications connectées au référentiel DXCARE IMS
- P1.4 : Référentiel unique de Structure ● Fichier structure à jour.Procédure à revoir / nouveau SIH.



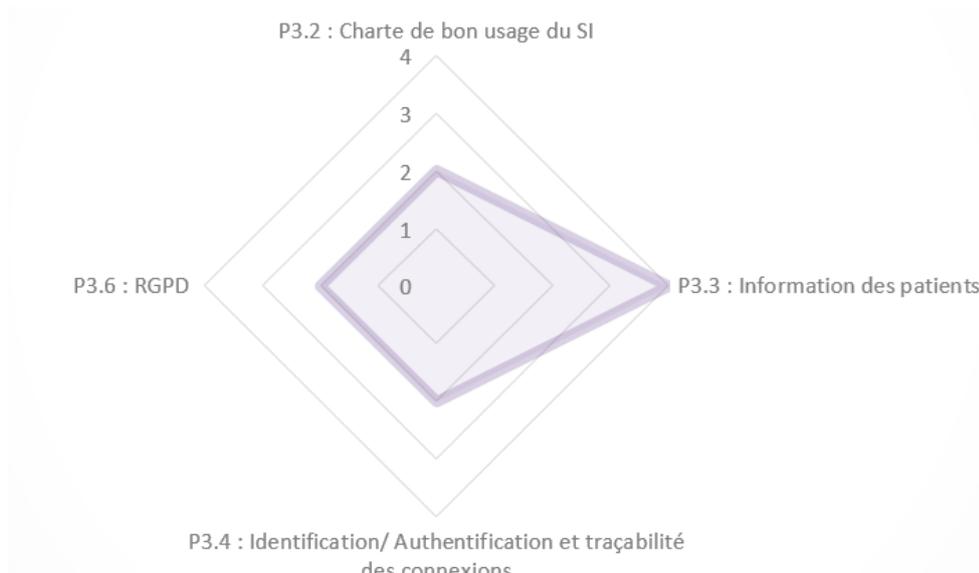
2) Fiabilité et disponibilité du système d'information :

- | | |
|--|---|
| P2.1 : PRA et PCA | ● Existence d'un PRA et de procédures dégradées à réactualiser / nouveau SIH |
| P2.2 : Taux de disponibilité cible | ● Définition du besoin en disponibilité des applications au cœur du processus de soins
Suivi des taux de disponibilité mesurés |
| P2.4 : Politique de sécurité du SIH (PSSI) | ● PSSI de 2016 à réactualiser |
| P2.5 : Audit externe de Cybersurveillance | ● Audit ANSSI dans le cadre du GHT |



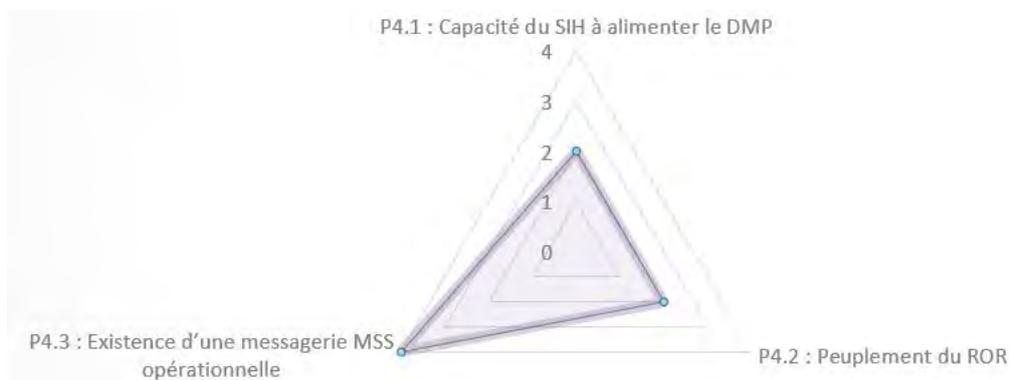
3) Confidentialité des données de santé personnelles :

- | | |
|---|---|
| P3.2 : Charte de bon usage du SI | ● Charte SI à réactualiser en y intégrant le RGPD |
| P3.3 : Information des patients | ● Information des patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel dans le livret d'accueil, des affiches, un formulaire ... incluant le RGPD |
| P3.4 : Identification/ Authentification et traçabilité des connexions | ● Vérifier si DXCARE permet de gérer un renouvellement du mot de passe sur expiration. |
| P3.6 : RGPD | ● Démarche RGPD engagée : RGPD sous-traité par la Direction Commune à un DPD externe
Déclarer le DPD à la CNIL et initialiser le registre des activités de traitement |



4) Echange et partage des données de santé personnelles sur le territoire :

- P4.1 : Capacité du SIH à alimenter le DMP ● En cours avec DXCARE
- P4.2 : Peuplement du ROR ● ROR à réactualiser
- P4.3 : Existence d'une messagerie MSS opérationnelle ● Les médecins, secrétaires médicales peuvent utiliser la MSS



- **7 domaines fonctionnels prioritaires pour lesquels le programme Hop'EN définit des exigences en termes d'usage du système d'information.** On ne peut que constater l'absence d'indicateur d'usage Hop'EN du fait du changement récent du SIH.

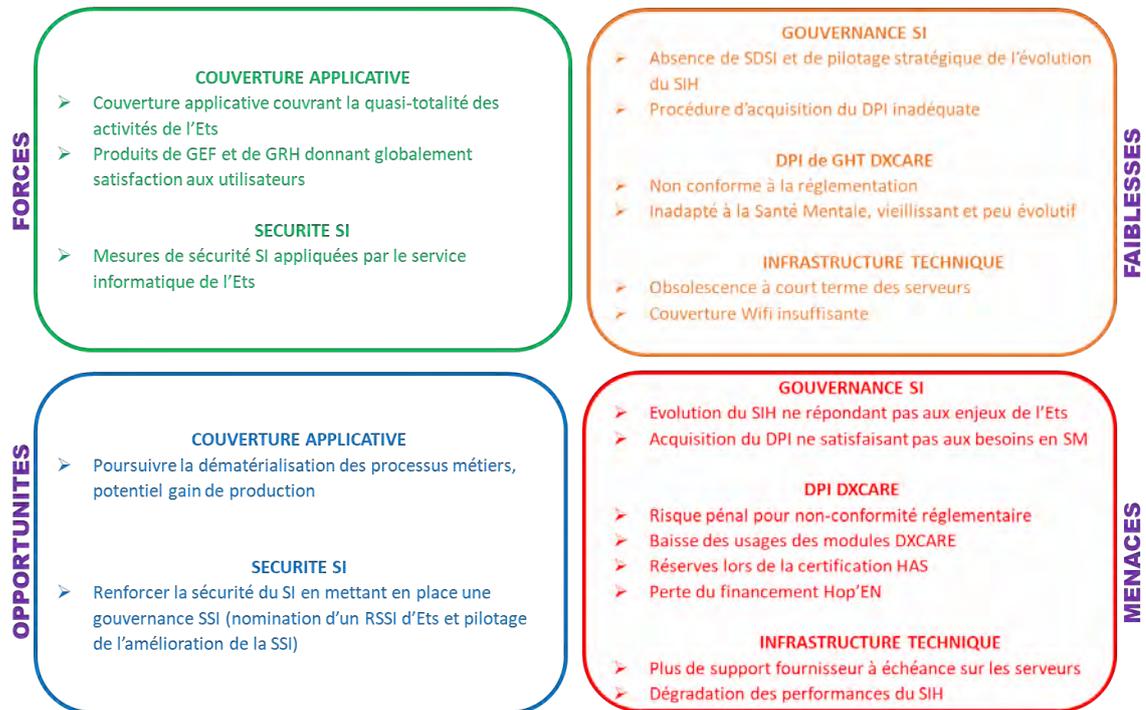
Néanmoins, l'établissement devra mettre en oeuvre en priorité des indicateurs du Domaine D2 : Développer le dossier patient informatisé et interopérable et le DMP :

- **Taux de courriers, comptes rendus (de consultation, d'hospitalisation, les traitements de sortie et la lettre de liaison de sortie publiés dans le DMP** pour les patients disposant d'un DMP au moment de leur admission
- **Taux de services** pour lesquels le **dossier patient informatisé intègre** les comptes rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examens d'imagerie), les traitements de sortie, les résultats de biologie et la lettre de liaison de sortie.

- **Taux de séjours en hospitalisation** pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient la lettre de liaison de sortie.
- **Taux de consultations externes** réalisées par des **professionnels médicaux** pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour.

Remarque : Il s'agira dans le cadre de la mise en place du nouveau DPI DXCARE de mettre en œuvre les **indicateurs d'usage** des domaines cibles.

2.3.2 Synthèse du diagnostic sur le niveau de maturité du SIH (avril 2021)



Recommandations :

- **Mettre en demeure DEDALUS, éditeur du DPI DXCARE, de satisfaire à la réglementation en vigueur et aux besoins métiers en Santé Mentale dans le but :**
 - De répondre aux obligations légales ;
 - D'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins au patient ;
 - De satisfaire à la certification HAS (Indicateurs IFAQ et éléments de preuve sur le Dossier Patient pour novembre 2022) ;
 - De sécuriser les Financements Hop'EN (prérequis et cibles d'usage à atteindre pour fin 2022).
- **Accroître la sécurité du SI** pour réduire les risques de violation de données personnelles en répondant aux préconisations de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S) et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).
- **Optimiser les organisations**, démarche initialisée par la dématérialisation des flux de documents internes et externes qu'il s'agira d'étendre à l'ensemble des échanges à l'aide d'outils adaptés et sécurisés ;

- **Mettre en cohérence le SDSI avec les orientations relatives au SI** inscrites dans le futur Schéma Directeur des Systèmes d'Information de GHT (2023 – 2027) et au sein des établissements de la direction commune.

2.3.3 Activités de la DSI (avril 2021)

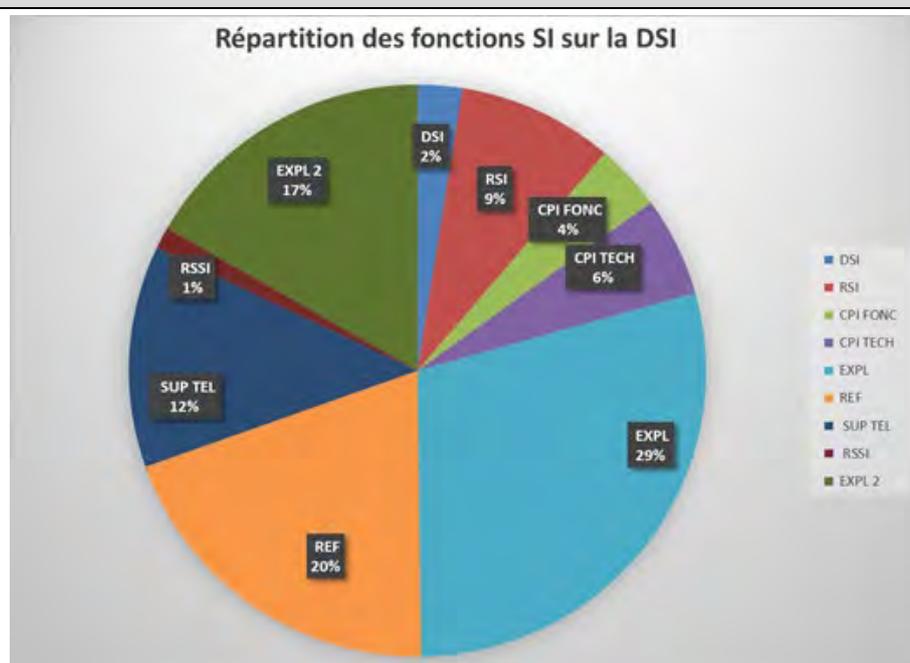
La DSI couvre l'ensemble des activités et des services SI récurrents pour le Centre Hospitalier de Cadillac et 2 autres établissements de la Direction commune (RUN) :

- DSI : Stratégie SI
- RSI : Gestion équipe SI, Achats, RH, Budget, Planning opérationnel ...
- 6 TSH : Exploitation Technique, Hotline, Déploiement de postes, Gestion de parc, Inventaire ...

La DSI assure la mise en œuvre des nouveaux projets et services SI (BUILD) :

- 5 Agents : Chefferie de projet Technique et Fonctionnelle SI
- 1 Agent : Chefferie de projet Téléphonie

REPARTITION DES FONCTIONS SI SUR LA DSI



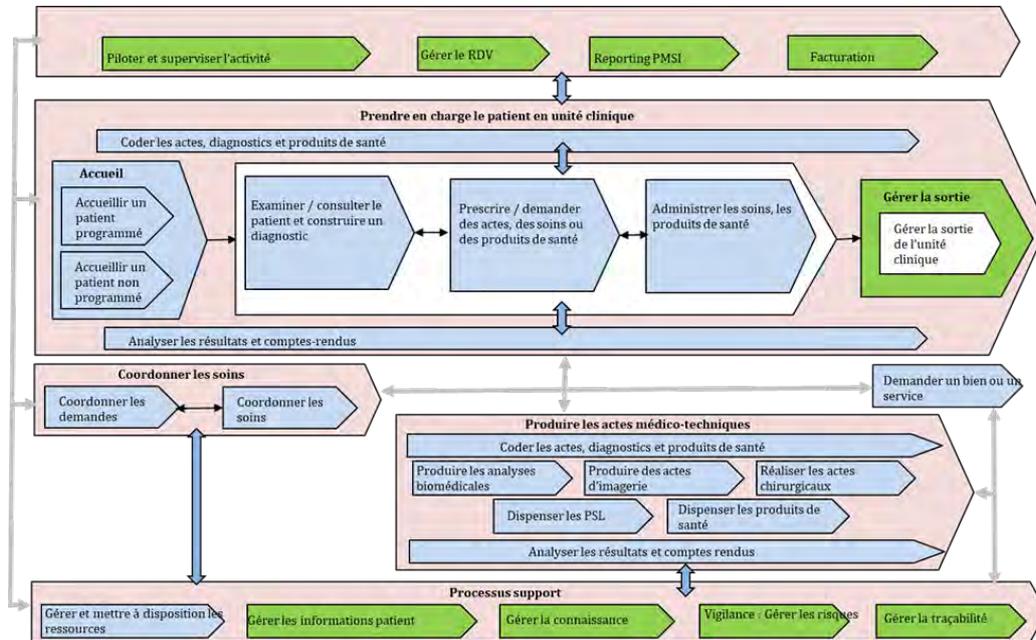
- **DSI (2 %)** : Directeur des Systèmes d'Information
- **RSI (9 %)** : Responsable des Systèmes d'Information
- **CPI FONC (4 %)** : Chef de projet informatique Fonctionnel
- **CPI TECH (6 %)** : Chef de projet informatique Technique
- **EXPL (29 %)** : Exploitant informatique (réseau, système, Bases De Données ...)
- **EXPL 2 (17%)** : Exploitant informatique pour Podensac et Bazas
- **REF (20 %)** : Référent (Hotline, déploiement de postes, gestion de parc ...)
- **SUP TEL (12 %)** : Support téléphonie analogique
- **RSSI (1 %)** : Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information du Centre Hospitalier de Cadillac

3. LE SYSTEME D'INFORMATION CIBLE

3.3 Eléments d'organisation structurants

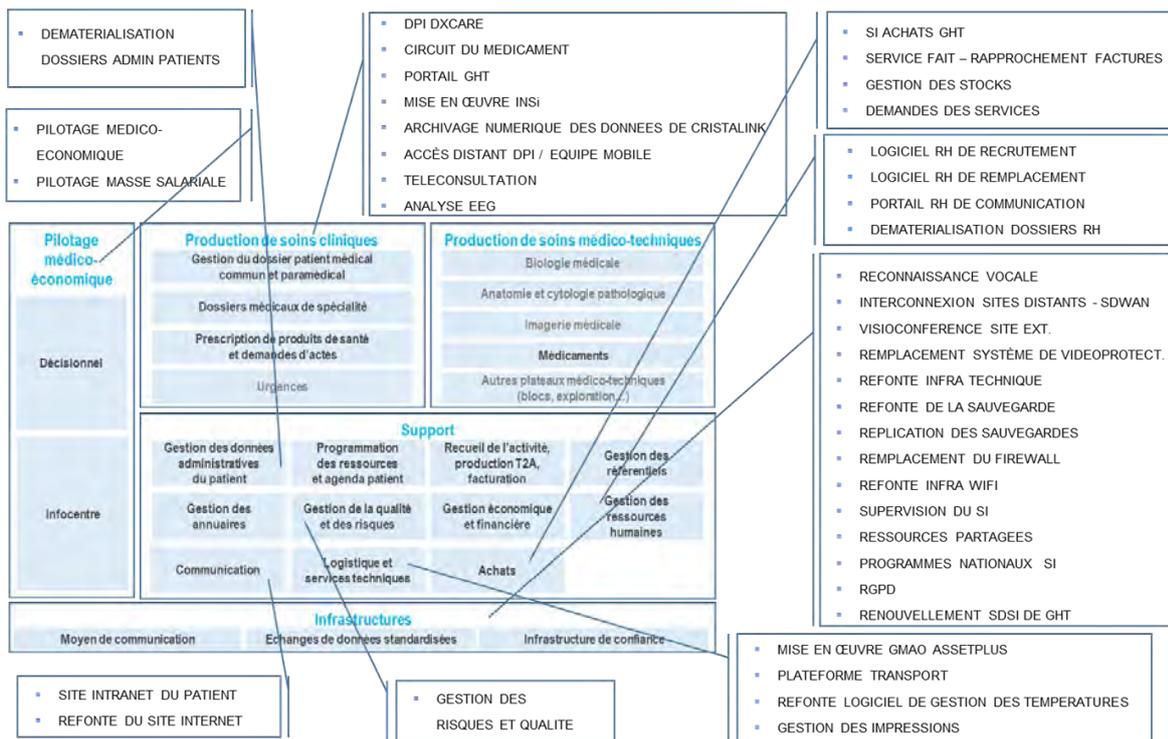
La définition du système d'Information s'appuie sur des éléments de contexte organisationnel structurants tels que les modes de fonctionnement futurs souhaités par l'établissement pour assurer ses missions. Les aspects métier et organisationnel (processus) cibles ont été pris en considération dans cette définition.

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS METIERS « CIBLE » DE L'ETABLISSEMENT :



3.4 Schéma d'urbanisation fonctionnelle cible

Une quarantaine de projets d'amélioration du SIH sont identifiés dans la phase d'initialisation du SDSI. Ces projets d'amélioration sont indiqués sur le schéma d'urbanisation fonctionnelle cible ci-dessous :



3.5 Cadre de référence de mise en œuvre du système cible

3.3.1 Nouveau contexte, nouveau principe

La forte dépendance entre les SI de l'établissement et des établissements parties des GHT, ainsi que le renforcement des exigences réglementaires en matière de sécurisation du SI amènent de nouveaux objectifs et un principe à suivre.

Il s'agit de viser un SI fiable, sécurisé et efficient en ne dérogeant pas au principe suivant :

Tout nouveau projet SI doit faire l'objet d'une qualification « fonctionnelle, juridique, technique et en sécurité » au niveau de la DSI avec les référents métiers et d'une priorisation au niveau du COPIL SDSI.

3.3.2 Démarche d'urbanisation

L'urbanisation du SIH repose sur une architecture composée de blocs fonctionnels répondant à l'ensemble des besoins métiers et organisationnels de l'établissement : Gestion administrative du patient, Gestion du dossier (médical et paramédical) du patient, Gestion des dossiers de spécialités, Gestion des ressources (lits, RDV), Gestion des prescriptions et demandes d'examens, Gestion des Urgences, Recueil d'activités et production des données PMSI pour valorisation, Gestion économique et financier, Gestion d'Information logistique et technique, Gestion des ressources humaines, Gestion de la Qualité et des risques, Gestion du pilotage Médico-Economique, Gestion du Réseau Ville-Hôpital-Patient.

Chaque bloc fonctionnel est un sous-ensemble homogène du SI du point de vue des objets métiers qu'il gère. Il est cohérent au niveau des fonctions qu'il assure, tout en étant autonome et indépendant d'un point de vue fonctionnel. Il peut être ordonnancé avec d'autres blocs au sein d'un même processus pour rendre le service demandé. Il peut communiquer avec d'autres blocs au moyen de systèmes d'échange.

Il s'agira de tenir compte de cette architecture fonctionnelle dans la définition et la mise en œuvre des projets d'établissements et de GHT

3.3.3 Cadre technique

L'architecture applicative du SI, repose sur le Référentiel « DXCARE » comme serveur d'identité et de mouvements pour l'ensemble des logiciels du SI concernés. Les applications sont interfacées entre-elles à l'aide d'un EAI. Les choix de solutions devront s'intégrer en utilisant cet EAI.

Par ailleurs, la plupart des solutions existantes repose sur une base de données Oracle. Il s'agira donc de respecter dans la mesure du possible cette configuration technique. L'orientation vers des solutions à l'architecture 3 tiers est à privilégier car mieux sécurisée.

Dans le cadre des prérequis Hop'EN le Centre Hospitalier de Cadillac s'est engagé dans le l'amélioration de son infrastructure technique et dans le renforcement de la sécurité de son Système d'Information (PSSI, PCA, PRA, RGPD ...).

3.3.4 Accompagnement du changement

La mise en œuvre du Schéma Directeur présente un risque de frein au changement si la cible définie, la trajectoire choisie (scénario retenu) et les moyens à mettre en œuvre (formation, accompagnement des utilisateurs) pour l'atteindre ne sont pas identifiés puis élaborés de concert avec les personnels hospitaliers.

La conduite du changement s'opère dès l'élaboration du SDSI, notamment dans sa phase d'approfondissement des projets, en s'assurant que les parties prenantes, par leur intégration à la démarche, sauront s'approprier l'objectif opérationnel qui caractérise chaque projet.

4. LES PROJETS DU SCHEMA DIRECTEUR

L'ensemble des projets SI identifiés a donné lieu à une qualification approfondie. Cette qualification a porté sur la contribution stratégique, les parties prenantes, les bénéficiaires, les risques, les coûts et les charges humaines de mise en œuvre pour l'établissement. Cette qualification a permis de valider et de prioriser de manière éclairée les projets SI.

Portefeuille des Projets SI

Axe 1 : Renforcer la coordination des soins et la coopération entre professionnels :

- PORTAIL GHT (Fiche projet n° 2)
- RESSOURCES PARTAGEES (Ets de la Direction commune) (Fiche projet n° 31)
- SI ACHATS GHT (Fiche projet n° 3)
- MISE EN ŒUVRE INSi (Fiche projet n° 19)
- MISE EN ŒUVRE GMAO ASSETPLUS (Fiche projet n° 17)

Axe 2 : Rendre plus efficiente la gestion des activités (production de soins et support) :

- DPI DXCARE (Fiche projet n° 1)
- CIRCUIT DU MEDICAMENT (Fiche projet n° 44)
- ANALYSE EEG (Fiche projet n° 40)
- ACCÈS DISTANT DPI / EQUIPE MOBILE (Fiche projet n° 11)
- ARCHIVAGE NUMERIQUE DES DONNES DE CRISTALINK (Fiche projet n° 28)
- LOGICIEL RH DE RECRUTEMENT/GESTION DES CANDIDATURES (Fiche projet n° 4)
- LOGICIEL RH DE REMPLACEMENT (Fiche projet n° 5)
- PORTAIL RH DE COMMUNICATION (Fiche projet n° 6)
- DEMATERIALISATION DOSSIERS RH (SAE) (Fiche projet n° 21)
- DEMATERIALISATION DOSSIERS ADMIN PATIENTS (SAE) (Fiche projet n° 22)
- SERVICE FAIT – RAPPROCHEMENT FACTURES (Fiche projet n° 12)
- GESTION DES STOCKS (Fiche projet n° 29)
- DEMANDES DES SERVICES (Fiche projet n° 37)
- GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITE (Fiche projet n° 25)
- PLATEFORME TRANSPORT (Fiche projet n° 34)
- GESTION DES IMPRESSIONS (Fiche projet n° 36)
- INTERCONNEXION SITES DISTANTS – SDWAN (Fiche projet n° 8)
- REMPLACEMENT SYSTÈME DE VIDEOPROTECTION (Fiche projet n° 20)
- VISIOCONFERENCE SITE EXT. (Fiche projet n° 9)
- REFONTE LOGICIEL DE GESTION DES TEMPERATURES (Fiche projet n° 35)
- RECONNAISSANCE VOCALE (Fiche projet n°41)
- REFONTE DE LA TELEPHONIE (Fiche projet n° 7)
- CUISINE CENTRALE (Fiche projet n° 39)

- RENOUVELLEMENT DU SDSI DE GHT (Fiche projet n° 46)

Axe 3 : Améliorer l'information et les services rendus aux patients :

- REFONTE DU SITE INTERNET (Fiche projet n° 24)
- SITE INTRANET DU PATIENT (Fiche projet n° 14)
- TELECONSULTATION (Fiche projet n° 10)

Axe 4 : Rendre plus performant le pilotage médico-économique :

- PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE (Fiche projet n° 32)
- PILOTAGE MASSE SALARIALE (Fiche projet n° 33)

Axe 5 : Renforcer la sécurité du Système d'Information :

- REFONTE INFRA TECHNIQUE (serveurs et stockage) (Fiche projet n° 26)

- REFONTE DE LA SAUVEGARDE (Fiche projet n° 42)
- REFONTE INFRA Wifi (Fiche projet n° 27)
- REMPLACEMENT DU FIREWALL (Fiche projet n° 43)
- REPLICATION DES SAUVEGARDES (Fiche projet n° 45)
- SUPERVISION DU SI (Fiche projet n° 30)
- PROGRAMMES NATIONAUX SI (Fiche projet n° 15)
- MISE EN CONFORMITE RGPD (Fiche projet n° 16)

Axe 6 : Axe Immobilier :

- SCHEMA DIRECTEUR TRAVAUX (Fiche projet n° 38)

4.3 Ordonnancement des projets SI

La stratégie du Centre Hospitalier de Cadillac, porte sur le développement de la numérisation des activités de prise en charge en soins et du réseau « ville - hôpital - patient ».

L'établissement vise dans le cadre de ce schéma directeur l'atteinte des cibles d'usage du domaine D2 Hop'EN.

Le scénario d'évolution du SIH a été construit à partir des projets SI engagés par la DSI et des nouveaux projets SI inscrits au SDSI, priorisés, ordonnancés puis planifiés.

La priorisation puis l'ordonnancement des projets sous la forme d'un scénario, ont été réalisés à l'aide d'un outil de pilotage et d'aide à la priorisation. Ils se sont basés sur des critères définis tels que le rapport bénéfices/risques, les contraintes réglementaires et techniques, le nombre d'utilisateurs concernés, les coûts et potentiels retours sur investissements.

La planification des projets sur les 5 ans a été réalisée à l'aide d'un outil de pilotage et d'aide à la planification tenant compte de la capacité à faire et à financer de la DSI

4.4 Planification du scénario retenu :

4.3.1 Planning prévisionnel des projets SI engagés :

4.3.1.1 Projets SI engagés en cours :

Ref. Projet	Libellé court du Projet	Pilote Métier	Taux Avance ¹	Météo	2022	2023	2024	2025	2026	Charge DSI (en J.h)	Invest. (hors Form.)	Montant Form.	Invest. 2022	Invest. 2023	Invest. 2024	Invest. 2025	Invest. 2026	Dépense d'Exploit. (annuel)
M.1	DPI DXCARE	DIM	70%	☹	24	23				47	10 K€	0 K€	10 K€					2 K€
T.15	PROGRAMMES NATIONAUX SI	DSI	50%	☹	42					42	0 K€	0 K€						0 K€
M.3	SI ACHATS GHT	DAE	10%	☹	6	6				12	10 K€	0 K€	10 K€					2 K€
T.8	INTERCONNEXION SITES DISTANTS - SDWAN	DSI	85%	☺	18					18	0 K€	0 K€						0 K€
M.2	PORTAIL GHT	DIM	40%	☹	14					14	5 K€	0 K€	5 K€					2 K€
T.7	REFONTE DE LA TELEPHONIE	DSI	40%	☹	101	101				202	510 K€	0 K€	420 K€	90 K€				13 K€
M.10	TELECONSULTATION	DIM / CME / DIR	10%	☹	13					13	20 K€	0 K€	20 K€					3 K€
M.14	SITE INTRANET DU PATIENT	COMMUNICATION	70%	☹	8					8	2 K€	0 K€	2 K€					0 K€
M.16	RGPD	RT (Direction) en attente de DPO	10%	☹	5	5	5			15	0 K€	0 K€						0 K€
M.17	MISE EN ŒUVRE GMAO ASSETPLUS	DSI/Travaux	10%	☹	8					8	5 K€	0 K€	5 K€					0 K€
M.40	ANALYSE EEG	PCH	50%	☺	1					1	2 K€	0 K€	2 K€					5 K€

- **Un SDSI impacté dès 2022 par 11 projets SI déjà engagés par la DSI.**
- **Une prépondérance de projets SI « Métiers » :**
 - 70 % projets SI Métier « M. »
 - 30 % projets SI Technique et Sécurité « T. »
- **Des projets « Techniques » couteux en investissement :**

- « Refonte de la téléphonie » : 510 k€ d'investissement en 2022-2023 et 13k€ d'exploitation

➤ **DPI de GHT DXCARE :**

- Répondre aux obligations réglementaires
- Satisfaire à la certification HAS (Indicateurs IFAQ et éléments de preuve sur le Dossier Patient pour novembre 2022)
- Sécuriser le Financement Hop'EN (prérequis et cibles d'usage à atteindre pour T4 2022)

➤ **RGPD :**

- Déclarer un DPD à la CNIL
- Initialiser un registre des activités de traitement ...

4.3.1.2 Projets SI engagés en attente de qualification :

- Projet SI lié au « SCHEMA DIRECTEUR TRAVAUX IMMOBILIERS » : En attente d'éléments entrants.
- Projet SI lié à la « CUISINE CENTRALE » : Un groupe de travail va être constitué sur la partie SI (mise en commun du logiciel DATAMEAL).

4.3.2 Planning prévisionnel des nouveaux projets SI :

4.3.2.1 Nouveaux projets SI invalidés

Ref. Projet	Libellé court du Projet	Pilote Métier	Décision Ets	Nb Utilis.	Bénéf.	Contr.	R / I	Risques	Valeur Ajoutée	Charge DSI (en J.h)	Invest. (hors Form.)	Montant Form.	Dépense d'Exploit. (annuel)
M.5	LOGICIEL RH DE REMPLACEMENT	DRH	Invalidé						58%	9	6 K€	0 K€	18 K€
M.32	PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE	CONTROLEUR DE GESTION	Invalidé						58%	3	11 K€	0 K€	2 K€

- Projet SI « PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE » : Approfondir la capacité à faire avec QL
- Projet SI lié au « LOGICIEL RH DE REMPLACEMENT » : Coût d'exploitation trop important

4.4.2.2 Nouveaux projets SI en attente de décision

Identification de nouveaux projets SI en attente de décision :

Ref. Projet	Libellé court du Projet	Pilote Métier	Décision Ets	Nb Utilis.	Bénéf.	Contr.	R / I	Risques	Valeur Ajoutée	Charge DSI (en J.h)	Invest. (hors Form.)	Montant Form.	Dépense d'Exploit. (annuel)
M.36	GESTION DES IMPRESSIONS	LOGISTIQUE	En attente						67%	10	8 K€	0 K€	0 K€
M.11	ACCÈS DISTANT DPI / EQUIPE MOBILE	DIM	En attente						67%	0	0 K€	0 K€	0 K€
M.41	RECONNAISSANCE VOCALE	DIM	En attente						67%	10	28 K€	0 K€	3 K€
M.33	PILOTAGE MASSE SALARIALE	DRH	En attente						50%	3	6 K€	3 K€	0 K€
M.37	DEMANDE DE SERVICES	LOGISTIQUE	En attente						50%	3	10 K€	4 K€	4 K€

➤ **5 Projets SI « Métiers » à approfondir :**

- Projet SI « GESTION DES IMPRESSIONS » : Projet compliqué qui a déjà échoué une première fois. → Etudier avec les achats d'une autre solution
- Projet SI « ACCÈS DISTANT DPI / EQUIPE MOBILE » : Un module DXCARE pour équipe mobile non adaptée à la santé mentale. → Etudier d'une solution plus adaptée

- Projet SI « DEMANDE DE SERVICES » : Etudier de l'adéquation de la solution à l'organisation en place
- Projet SI « PILOTAGE MASSE SALARIALE » : Approfondir la capacité à faire avec QL
- Projet SI « RECONNAISSANCE VOCALE » : Incertitude liée à la conservation ou pas de DXCARE
→ Etudier la mise en œuvre de la solution indépendamment de DXCARE

4.4.2.3 Planning prévisionnel des projets SI à engager à court terme en 2022 :

Une année 2022 caractérisée par de nombreux nouveaux projets SI prioritaires à engager par la DSI :

12 Nouveaux projets SI à engager s'ajoutant aux 11 Projets SI déjà engagés (Cf. Projets SI engagés en cours)

Ref. Projet	Libellé court du Projet	Pilote Métier	2022	2023	2024	2025	2026	Nb Utilis.	Bénéf.	Contr.	R / I	Risques	Charge MOA	Valeur Ajoutée	Charge DSI (en J.h)	Invest. (hors Form.)	Montant Form.	Invest. 2022	Invest. 2023	Invest. 2024	Invest. 2025	Invest. 2026	Dépense d'Exploit. (annuel)	
M.44	CIRCUIT DU MEDICAMENT	PCH	3											92%	3	10 K€	0 K€	10 K€						2 K€
M.19	MISE EN ŒUVRE INSI	DIM	8											75%	8	12 K€	0 K€	12 K€						1 K€
T.9	VISIOCONFERENCE SITE EXT.	DSI	11											75%	11	10 K€	0 K€	10 K€						0 K€
M.28	ARCHIVAGE NUMERIQUE DES DONNEES DE CRISTAL LINK	DIM	8											75%	8	39 K€	0 K€	39 K€						0 K€
T.26	REFONTE INFRA TECHNIQUE (serveurs et stockage)	DSI	8	9										75%	17	337 K€	0 K€		337 K€					3 K€
M.25	GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITE	DQ	10											67%	10	14 K€	3 K€	17 K€						2 K€
T.27	REFONTE INFRA WIFI	DSI	18	18										67%	36	120 K€	0 K€	80 K€	40 K€					8 K€
M.35	REFONTE LOGICIEL DE GESTION DES TEMPERATURES	LOGISTIQUE	2	2										67%	4	1 K€	0 K€	1 K€						1 K€
T.42	REFONTE DES SAUVEGARDES	DSI	6											67%	6	90 K€	0 K€	90 K€						0 K€
M.34	PLATEFORME TRANSPORT	LOGISTIQUE	9											67%	9	10 K€	0 K€	10 K€						3 K€
T.46	SDSI DE GHT	DSI	4											67%	4	0 K€	0 K€							0 K€
M.12	SERVICE FAIT - RAPPROCHEMENT FACTURES	DAE	2											58%	2	25 K€	2 K€	27 K€						6 K€

➤ Une majorité de nouveaux projets SI « Métiers » :

- 60 % projets SI Métier « M. »
- 40 % projets SI Technique et Sécurité « T. »

➤ De nouveaux projets « Techniques » couteux en investissement mais incontournables à court terme :

- « Refonte des sauvegardes » : **90 k€** d'investissement sur 2022
A développer
- « Refonte de l'infrastructure WIFI » : **80 k€** d'investissement sur 2022 puis **40 k€** d'investissement sur 2023
A développer
- « Refonte de l'infrastructure technique » : **337 k€** d'investissement sur 2023
A développer

4.4.2.4 Planning prévisionnel des projets SI à engager à moyen terme en 2023-2024 :

Une période 2023-2024 caractérisée par de nouveaux projets SI de moindre priorité à engager par la DSI :

5 Nouveaux projets SI

1 seul projet SI Métier engagé sur 2023 du fait d'un reliquat d'investissement pour des projets SI techniques prioritaires engagés en 2022

Ref. Projet	Libellé court du Projet	Pilote Métier	2022	2023	2024	2025	2026	Nb Utilis.	Bénéf.	Contr.	R / I	Risques	Charge MOA	Valeur Ajoutée	Charge DSI (en J.h)	Invest. (hors Form.)	Montant Form.	Invest. 2022	Invest. 2023	Invest. 2024	Invest. 2025	Invest. 2026	Dépense d'Exploit. (annuel)	
T.43	REPLACEMENT FIREWALL	DSI			9									83%	9	50 K€	0 K€			50 K€				0 K€
M.22	DEMATÉRIALISATION DOSSIERS ADMIN PATIENTS (SAE)	CLIENTELE		6	6									58%	12	25 K€	0 K€		25 K€					5 K€
T.30	SUPERVISION DU SI	DSI			9									58%	9	18 K€	0 K€			18 K€				6 K€
M.6	PORTAIL RH DE COMMUNICATION	DRH			9									50%	9	15 K€	0 K€			15 K€				6 K€
M.24	REFONTE DU SITE INTERNET	COMMUNICATION			6									50%	6	28 K€	2 K€			30 K€				2 K€

➤ Une parité de nouveaux projets SI « Métiers » / « Techniques » :

- 60 % projets SI Métier « M. »

- 40 % projets SI Technique et Sécurité « T. »

4.4.2.5 Planning prévisionnel des projets SI à engager à long terme en 2025-2026 :

Une période 2025-2026 caractérisée par des projets SI de faible priorité à mettre en œuvre par la DSI :

5 Nouveaux projets SI

Ref. Projet	Libellé court du Projet	Pilote Métier	2022	2023	2024	2025	2026	Nb Utilis.	Bénéf.	Contr.	R / I	Risques	Charge MOA	Valeur Ajoutée	Charge DSI (en J.h)	Invest. (hors Form.)	Montant Form.	Invest. 2022	Invest. 2023	Invest. 2024	Invest. 2025	Invest. 2026	Dépense d'Exploit. (annuel)	
M21	DEMATÉRIALISATION DOSSIERS RH (GED)	DRH				5	5	5	5	5	5	5	5	50%	10	28 K€	1 K€					29 K€	6 K€	
T.31	RESSOURCES PARTAGEES	DSI				16	16	16	16	16	16	16	16	50%	16	12 K€	0 K€						12 K€	0 K€
T.45	REPLICATION DES SAUVEGARDES	DSI				10	10	10	10	10	10	10	10	50%	10	50 K€	0 K€						50 K€	0 K€
M29	GESTION DES STOCKS	DAE				17	17	17	17	17	17	17	17	50%	17	42 K€	4 K€						45 K€	4 K€
M.4	LOGICIEL RH DE RECRUTEMENT/GESTION DES CANDIDATURES	DRH				2	2	2	2	2	2	2	2	42%	2	10 K€	0 K€						10 K€	5 K€

➤ Une majorité de nouveaux projets SI « Métiers » :

- 60 % projets SI Métier « M. »
- 40 % projets SI Technique et Sécurité « T. »

5. EVALUATION

5.1 Evaluation Financière

Investissement et prestation externe

Cette rubrique regroupe l'ensemble des investissements nécessaires (nouvelles acquisitions) en termes de logiciels et de matériels et des prestations externes nécessaires à la conduite des projets inscrits au schéma directeur.

Coûts globaux non récurrents :

Des investissements annuels alloués par la DAF aux nouveaux projets SI (250 k€) qui ne permettent pas de couvrir les investissements pour les projets SI déjà engagés en 2021 dont un projet très coûteux pour la téléphonie (420 k€ puis 90 k€) :



Valeurs	CHC
Invest. 2022	839 558 €
Invest. 2023	562 000 €
Invest. 2024	209 000 €
Invest. 2025	98 970 €
Invest. 2026	186 923 €

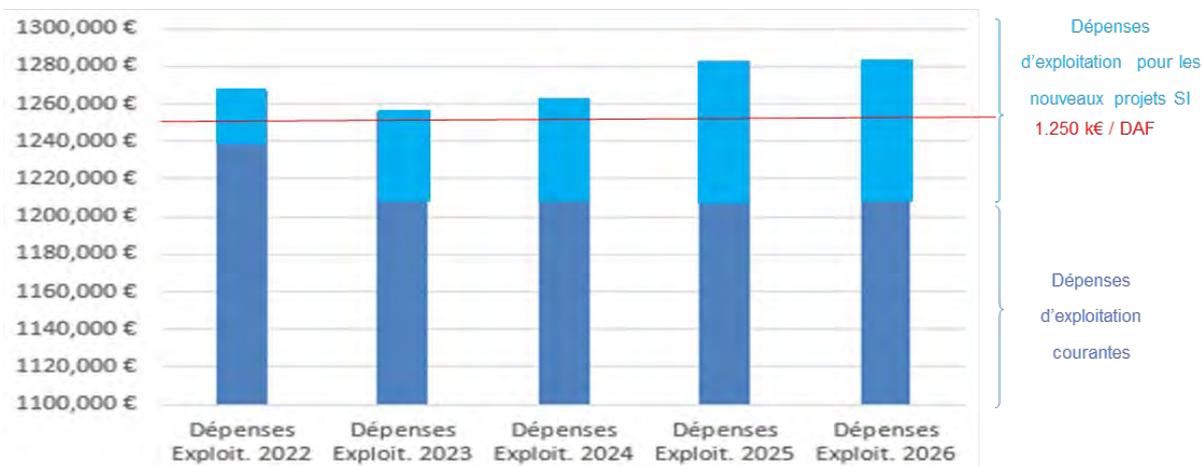
5.1.1 Fonctionnement

Cette rubrique comprend l'estimation :

- Des redevances associées aux matériels et logiciels en fin de vie ;
- Des redevances associées aux matériels et logiciels maintenus en place ;

- Des redevances associées à l'utilisation des nouveaux progiciels fonctionnels et techniques ou à ceux mis en œuvre en complément de l'existant ;
- Des frais potentiels associés aux ruptures de contrats liés au changement de stratégie d'investissement

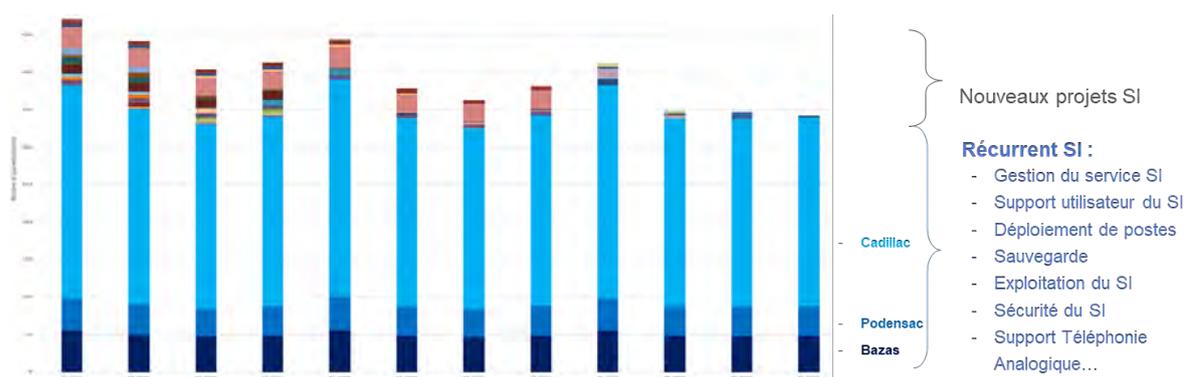
Les dépenses d'exploitation prennent en compte les dépenses d'exploitation courantes estimées à 1 240 k€ en 2022 et à 1 210 k€ dès 2023.



Valeurs	CHC
Dépenses Exploit. 2022	1 267 044 €
Dépenses Exploit. 2023	1 256 244 €
Dépenses Exploit. 2024	1 262 744 €
Dépenses Exploit. 2025	1 282 744 €
Dépenses Exploit. 2026	1 282 744 €

5.2 Charges DSI

La charge DSI se répartit entre une activité majoritairement récurrente (Exploitation du SI, Sauvegarde, Traitement des incidents, Support des utilisateurs du SI ...) et une activité de mise en œuvre de nouveaux projets SI :



Un récurrent SI qui représente plus de 70 % de l'activité de la DSI sur 2022

5.2.1 Synthèse

Globalement, la démarche adoptée respecte l'état de l'art de l'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information par la DSI.



Un portefeuille de projets privilégiant les projets SI « métiers » tout en garantissant une amélioration de la performance « du socle technique » et une poursuite de la mise en conformité de la « sécurité » du SI.

Si l'investissement technique peut être perçu comme conséquent, l'enjeu permet de renforcer la sécurisation de la prise en charge du patient et un gain vers le patient.

Un SDSI tenant compte du SDSI de GHT, des programmes nationaux, des contraintes réglementaires et de marché public.



SDSI construit sur un budget d'investissement contraint par le nouveau budget alloué (250 k€)

Une organisation initiale de la DSI ne couvrant pas de manière optimale les besoins structurels nécessaires à la gouvernance de la sécurité du SI de l'Ets (pas de RSSI d'Ets nommé)

La mise en œuvre d'un DPI non adapté à la santé mentale présentant des menaces pour l'établissement :

- Risque pénal pour non-conformité réglementaire
- Réserves lors de la certification HAS
- Perte du financement Hop'EN ...

5.2.2 Plan d'actions structurantes :

- **Communiquer en interne sur le SDSI** pour en favoriser l'appropriation et la mise en œuvre :
 - **Communiqué du DSI** pour légitimer la démarche et instaurer de nouvelles règles de fonctionnement ;
 - **Identification de référents métiers** par domaine fonctionnel en fonction d'une étude de la charge de travail.
- **Organiser la gouvernance du SDSI : Calendrier des réunions de COPIL**
- **Organiser la gouvernance de la SSI en nommant un RSSI d'Ets, correspondant du RSSI de GHT pour piloter la sécurité du SI de l'Ets.**
- **Organiser la DSI :**
 - **Inscrire un projet GPEC complémentaire** pour la DSI au SDSI;
 - **Elaborer un catalogue des services** de la DSI à communiquer aux utilisateurs du SI.
- **Organiser le pilotage opérationnel des projets :**
 - **Systématiser les notes de cadrage des projets : identification et qualification des projets ;**
 - **Faire piloter tout projet SI « Métier » par un pilote « Métier » en binôme avec un chef de projet « Fonctionnel » de la DSI ;**
 - **Maintenir l'usage régulier des outils « SDSI »** mis en œuvre ;
 - **Piloter par la valeur à l'aide d'indicateurs de suivi** (Usages, Retour sur Investissement...) à mettre en place en amont du lancement de tout projet SI à l'image du DPI / critères d'usages Hop'EN et IFAQ.
- **Rechercher des financements SI :**
 - **S'inscrire dans le programme SUN-ES** pour bénéficier de financements SI conditionnés par la capacité du DPI DXCARE à alimenter le DMP.

6. PILOTAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

6.1 Organisation prévue pour le pilotage

Cette rubrique décrit l'organisation pour le pilotage du Schéma Directeur et des projets, précisant les acteurs et leurs responsabilités (Cf. Annexe 7.1).

6.1.1 Instances de pilotage et de suivi du SDSI

Le pilotage du SDSI revient au COPIL. Ce comité communique sur l'état d'avancement du SDSI, valide le portefeuille de nouveaux projets SDSI priorités, décide des actions majeures au bon déroulement du SDSI.

Le Chef de Projet SDSI planifie et suit les actions au niveau du projet SDSI, organise les réunions décisionnelles et les groupes de travail, anime ces réunions et ces groupes, formalise les documents à produire pour alimenter le SDSI.

6.1.2 Pilotage opérationnel des projets SI

Le pilotage de la mise en œuvre des projets inscrits au SDSI revient au COPIL.

Il s'agit de cadrer les premiers projets à lancer sur 2022 :

- **Nommer pour chaque projet SI, un binôme composé :**
 - D'un **Pilote « Métier »**
 - D'un **chef de projet « Fonctionnel »** de la DSI qui maîtrise la gestion de projet SI
- **Le binôme :**
 - **Cadre le projet :** objectifs, moyens, délais, indicateurs d'usage, plan d'action ...
 - **Pilote un Groupe Projet** comprenant à minima :
 - un ou plusieurs référent(s) métier
 - un référent technique SI
 - **Organise et suit le projet**
 - **Rend compte de l'état d'avancement** du projet au Chef de projet SDSI

6.2 Mise à jour et révision du SDSI

Une réunion semestrielle du COPIL permettrait de faire un **bilan intermédiaire** sur le déroulement du SDSI et d'en induire la mise à jour et l'**actualisation** si nécessaire.

L'arbitrage de lancement ou d'abandon de projets, le dimensionnement des ressources utiles reviendra au COPIL qui se réunira sur proposition du Chef de Projet SDSI.



Le projet droits des usagers

1. INTRODUCTION

De nombreuses actions en faveur du droit des usagers ont été engagées ces dernières années, avec notamment l'obtention de plusieurs labels établissements promoteurs de la démocratie sanitaire et droit des usagers délivrés par l'ARS⁹ l'ouverture de la maison des usagers, la création d'une association des usagers, la création d'un point d'accès au droit, la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutiques ou l'avancement du programme de travaux permettant d'offrir des conditions de séjour plus dignes. La démarche qualité pour la promotion et le respect des droits s'est également renforcée, avec par exemple la constitution depuis 2017 d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) très active sur le thème de l'isolement contentieux que ce soit pour la recommandation et la diffusion des bonnes pratiques, la formation des professionnels ou la mise en œuvre d'actions de prévention.

Le présent projet s'inscrit dans cette dynamique, avec la volonté affichée poursuivre notre engagement en faveur de la démocratie sanitaire et de la promotion des droits.

Il a été élaboré avec les membres de la Commission des Usagers (CDU), alimenté des éléments recueillis par les représentants des usagers ainsi que par l'expression directe des usagers invités à s'exprimer par le biais de la CDU et de la maison des usagers. Il s'appuie sur les travaux et recommandations issues de la CDU ainsi que des groupes thématiques relatifs aux droits des patients, par exemple ceux issus de l'EPP isolement et à la contention. Il a enfin été enrichi des travaux du groupe thématique «empowerment du patient» mis en place pour l'élaboration du projet médico soignant.

Il s'inscrit en cohérence avec les orientations nationales en matière de droits des usagers en santé mentale, issues de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie et du projet territorial de santé mentale (PTSM).

Il a contribué à inspirer le projet médico soignant 2022-2027, qui place le patient et sa capacité d'agir au cœur des valeurs de l'établissement et dont l'un des axes stratégiques forts concerne la promotion de la démocratie sanitaire, de la participation des usagers ainsi que le respect des libertés et droits fondamentaux des usagers. La mise en œuvre du projet droit des usagers s'inscrit donc aussi en parfaite cohérence avec celle du projet médico-soignant, dont trois fiches actions en sont issues (mise en place de médiateurs santé-pairs, programme QualityRights de l'OMS et projet cafétéria).

Le développement de l'engagement du patient, la prise en compte de sa parole et de son expérience, le développement de sa capacité d'agir sont aujourd'hui des notions incontournables, portées par les politiques nationales et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme axe structurant d'une prise en charge de qualité. Les attentes des patients ont évolué vers une prise en charge globale, individualisée et intégrée dans un parcours de vie, orienté vers la réhabilitation. Le patient dispose de droits qui doivent être garantis, et devient de plus en plus acteur et partenaire de sa prise en charge.

¹ En 2016 pour le projet de création d'une maison des usagers, en 2018 et en 2019 pour le projet de création d'une association des usagers participant à la vie institutionnelle de l'établissement

La promotion du respect des droits des patients est aujourd'hui tout aussi incontournable et doit être considérée comme levier indispensable à l'amélioration de la qualité des soins délivrés et donc de la satisfaction des patients. L'établissement a beaucoup progressé ces dernières années, pour autant des marges de progression persistent, comme l'ont rappelé les autorités de contrôle lors de chacune de leurs visites (par exemple les recommandations issues des rapports du contrôleur général des lieux de privation de libertés).

Le respect des droits des patients est un enjeu tout particulier en psychiatrie avec d'une part, la législation relative aux décisions d'hospitalisation en soins sans consentement, placées sous le contrôle du juge des libertés depuis la loi du 5 juillet 2011, et d'autre part la législation relative aux mesures de mise à l'isolement et de recours à la contention, qui fait actuellement l'objet d'une importante réforme. En effet, la loi du 14 décembre 2020 a instauré depuis le 1^{er} janvier 2021 un contrôle du juge des libertés (JLD) sur les mesures d'isolement et de contention, contrôle qui s'est intensifié avec la loi du 22 janvier 2022 avec la mise en place d'un contrôle systématique du juge dès lors qu'une mesure dépasse un délai légal.

Ces évolutions législatives, en adéquation avec les recommandations de l'OMS, représentent un réel défi pour leur mise en œuvre et une contrainte forte pour nos organisations. C'est aussi l'opportunité de repenser de manière structurelle les modalités de prise en charge afin de réduire le recours aux mesures de contraintes. Les financements alloués par l'agence régionale de santé pour l'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme isolement contention, en ressources humaines, formation ou investissement, représentent à ce titre un levier d'action pour le renforcement des actions de prévention. Ils ont permis à l'établissement de recruter cette année trois assistantes médico-administratives en appui des équipes médicales et soignantes pour l'application de la réforme, ainsi qu'un binôme infirmier et éducateur, arrivé depuis le mois de juin, ayant pour mission l'accompagnement des professionnels dans la politique de réduction des pratiques d'isolement contention. Ils ont également permis d'accélérer le programme d'investissement lié à la mise aux normes des chambres d'isolement, à la création et à l'aménagement d'espaces d'apaisement pour chaque unité de l'établissement ainsi qu'à l'installation de dispositifs de doubles verrous dans les chambres des patients.

Notre engagement pour la démocratie sanitaire, le respect des droits fondamentaux et la promotion de la bientraitance, réaffirmé dans le projet médico soignant 2022-2027, représente donc un enjeu majeur pour les années à venir, nécessitant une mobilisation de tous les professionnels dans une démarche transversale et pluridisciplinaire.

Axe 1 – Promouvoir la démocratie sanitaire et la participation active des usagers tout au long de leurs parcours de soins

Le premier axe du projet droit des usagers vise à faire vivre la démocratie sanitaire et mettre en œuvre les conditions nécessaires à une participation effective des usagers. Il s'agit ainsi de soutenir l'engagement des usagers et des représentants dans la vie de l'hôpital, de favoriser l'implication du patient tout au long de sa prise en charge, dans une logique partenariale, mais aussi de valoriser sa parole et son expertise pour une meilleure prise en compte de ses besoins.

1. Favoriser l'engagement des usagers et de leurs représentants à la vie de l'hôpital

Il convient en premier lieu de **soutenir l'implication des représentants des usagers et des associations**, qui portent la parole des usagers et contribuent à l'amélioration de leur vie quotidienne en faisant connaître leurs besoins, leurs difficultés par un rôle de conseil et d'orientation.

Cela se traduit par la poursuite de l'association des représentants des usagers aux événements importants de la vie de l'hôpital ainsi qu'aux groupes de travail menés dans l'hôpital (projet de réorganisation, droit des patients,

EPP isolement contention, démarche qualité) ainsi que par la proposition de formations utiles à l'exercice de leurs missions.

Il est également nécessaire d'étoffer le tissu associatif susceptible de pouvoir s'investir dans la vie de l'hôpital, par la réalisation d'un nouvel état des lieux des associations du territoire.

Enfin, l'établissement entend s'engager à poursuivre le soutien financier et l'accompagnement logistique de l'association des usagers « La Maison du Parc » pour ses projets qui œuvrent en faveur de la démocratie sanitaire.

Il s'agit aussi de pouvoir **consolider le rôle et le projet de la maison des usagers (MDU)**. Créée en 2018, la maison des usagers fait aujourd'hui partie intégrante de la vie institutionnelle et du quotidien des patients. Elle a développé ces dernières années beaucoup d'initiatives pour favoriser la participation des usagers (groupe de parole, journal des patients) ainsi que la proposition d'animations appréciées des patients (tour de calèche, fête de la musique, marché de Noël, ateliers danse...). Il s'agit donc de poursuivre ces initiatives, en lien avec les partenaires internes (unité Falret, hôpital de jour Regain, comité culturel, unités de soins) et externes (tissu associatif).

Une réflexion reste également à mener sur les synergies possibles entre la MDU et les autres unités de l'établissement afin de pouvoir étendre l'offre d'animation hors portion centrale (partage de pratique et coopération sur les projets d'animation, constitution d'un réseau de professionnels ressources).

Enfin le **projet culturel de l'établissement et les initiatives portées par le comité culturel** contribuent également à faire vivre la démocratie sanitaire en favorisant l'expression des usagers et leur ouverture vers l'extérieur.

2. Informer et impliquer le patient tout au long de sa prise en charge, dans une logique partenariale

Pour favoriser la capacité d'agir du patient, et son implication tout au long de sa prise en charge, plusieurs actions sont retenues.

Cela concerne premièrement **la promotion des pratiques et de l'usage des outils permettant la formalisation d'un projet de soins construit autant que possible avec le patient** et avec le recueil de son consentement.

Parmi les outils possibles, il y a par exemple le **Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) élaboré par la HAS**, dont la vocation est d'accompagner le parcours de santé des usagers en facilitant les échanges de données entre professionnels, et de s'appuyer sur le recueil de la parole de l'utilisateur. La mise en place de l'outil PPCS, également mentionné au sein du projet médico-soignant, participe donc à cet objectif, sous réserve que les outils informatiques permettent son intégration au dossier patient informatisé.

Le plan de prévention partagé, élaboré conjointement avec le patient, et dont l'objectif est de mieux prévenir et prendre en charge les situations de violence, est également un outil qui permet de renforcer le rôle du patient dans la prévention et la gestion de la violence (des outils existants peuvent être utilisés, comme ceux proposés par le Psycom).

Positionner le patient en acteur de sa prise en charge passe aussi par **une information complète et claire du patient**, qui soit adaptée à son degré de discernement et tracée dans son dossier, concernant notamment les soins délivrés, les traitements reçus, les bénéfices/risques des traitements, les raisons des mesures de contraintes qui sont prises (isolement et contention). Il s'agit également, comme nous l'on rappelé les autorités de contrôle, de pouvoir **encadrer le recours aux prescriptions « si besoin »** et d'informer le patient qui pourra faire l'objet de ce type de prescription.

L'amélioration de l'offre d'activités thérapeutiques au cours de l'hospitalisation représente un autre enjeu important. Les usagers consultés dans le cadre de l'élaboration du projet droit des usagers ont fait part du manque d'activités thérapeutiques proposés au cours de leur hospitalisation. Il s'agit donc de pouvoir **étoffer notre offre d'activités et ateliers thérapeutiques sur la portion centrale et dans les unités délocalisées**, à la fois au sein de l'unité par le biais du projet de l'unité et du pôle, mais aussi sur l'ensemble de l'établissement, avec

un meilleur recours aux propositions d'activités existantes (unité Falret, hôpital de jour Regain) en accentuant les actions de communication sur ce qui existe et leurs projets. Sous réserve de financement, la constitution d'une équipe pluridisciplinaire intervenant en complémentarité des unités de soins pour proposer des activités et animations pourrait également permettre de répondre à cette demande.

Les usagers ont également formulé leur souhait d'un espace de dialogue avec les professionnels. **La tenue de réunions régulières entre les patients et équipes soignantes** au sein des unités, permettant le recueil de la parole de chacun, doit donc être systématisée sur l'ensemble de l'établissement.

L'association du patient tout au long de sa prise en charge concerne aussi son **projet de sortie**, qui doit être travaillé avec lui le plus en amont possible. Il s'agit de délivrer au patient l'ensemble des informations dont la lettre de liaison permettant d'assurer la continuité des soins et de systématiser l'usage des outils dédiés pour l'organisation de la sortie, comme la check list de sortie (travail en cours) ou la délivrance du questionnaire de satisfaction. Enfin, il a été identifié un besoin de **renforcer la connaissance par les professionnels des dispositifs existants favorisant la sortie des patients** : groupe d'entraide mutuelle (GEM), service d'accompagnement social aux soins (SASS), appartements associatifs ou encore le service d'accueil familiale thérapeutique (SAFT).

3. S'appuyer davantage sur l'expérience et l'expertise des patients pour une meilleure prise en compte de leurs besoins

Le recueil de l'expérience patient représente un levier pour l'amélioration des pratiques professionnelles.

Il convient à ce titre de **poursuivre le traitement et l'analyse des données existantes relatives à l'expérience patient** et de les traduire en actions concrètes d'amélioration dans le cadre du plan d'action qualité sécurité. Il s'agit des données issues par exemple des enquêtes de satisfaction, des patients traceurs, des évaluations internes et externes, du bilan des événements indésirables ou de l'analyse des plaintes et réclamations.

Une réflexion est également à engager avec les représentants des usagers et les professionnels sur **d'autres formes de recueil plus qualitatifs et plus directs de l'expérience patient** (entretiens directs, groupes de pairs...), ainsi que tout autre proposition permettant d'enrichir la prise en compte du point de vue de l'usager et de son expression libre, dont la mise en place sera suivie et évaluée.

Il s'agit également de pouvoir **s'appuyer davantage sur l'expertise et le savoir du patient**, par le biais des actions suivantes :

- **Le développement du recours à la pair aide** : ce projet porté par le CCOMS et réaffirmé par la feuille de route nationale relative à la santé mentale, la fonction de médiateur santé-pairs (MSP) contribue à la valorisation du savoir expérientiel du patient dans une approche centrée sur le pouvoir d'agir des personnes et orientée vers le rétablissement. Parmi les missions possibles du MSP, on retrouve par exemple les actions pour favoriser l'accès aux soins, les actions de prévention, la participation à l'élaboration et mise en œuvre d'un projet de soin individualisé, du plan de prévention... Il s'agit donc pour notre établissement de développer le recours, sous réserve de financement possible, aux services de médiateurs de santé pairs sur la base d'un projet permettant de concourir à la mise en œuvre du projet médico-soignant.
- La promotion, dans le cadre du projet de la MDU et de l'association « Maison du Parc », **des lieux d'échanges et outils de communication permettant l'expression et la transmission du savoir des usagers et des aidants** (par exemple avec le journal dédié aux usagers, l'organisation de conférence thématiques ou espaces de paroles à destination des usagers, la participation des usagers à la CDU ou au comité culturel sur certains sujets, l'association des GEM aux projets relatifs à la démocratie sanitaire....)
- **La proposition d'un axe de formation dédié** au travail collaboratif et concepts liés à l'engagement ou au développement de la capacité d'agir (empowerment) du patient
- La poursuite du développement de **programmes d'éducation thérapeutiques (ETP)**, afin de pouvoir maintenir la dynamique sur les programmes existants (actuellement au nombre de trois)² et de réaliser un nouveau recensement des professionnels intéressés pour en élaborer de nouveaux.

² Un programme intitulé « ma maladie bipolaire et moi », un programme sur la nutrition intitulé « mangeons bien, vivons mieux » et un programme sur la schizophrénie.

2. Axe 2 – Poursuivre et amplifier la politique de promotion des libertés et droits fondamentaux, de la bientraitance ainsi que l'amélioration des conditions d'accueil des usagers

Cet axe du projet est centré sur la promotion et le respect des libertés et des droits fondamentaux des usagers, de la bientraitance ainsi que l'amélioration des conditions d'accueil des usagers au sein de notre établissement. Il s'appuie sur une politique volontariste déjà mise en œuvre au sein de l'établissement.

1. Poursuivre l'engagement de l'établissement et de ses professionnels dans sa politique visant à réduire les mesures d'isolement et de contention et en faire une pratique de « dernier recours »

Il s'agit ici prioritairement de **maintenir la dynamique du groupe EPP isolement contention**, porteur d'une politique de prévention ambitieuse relative à la réduction du recours aux mesures isolement contention, en agissant prioritairement sur les axes suivants :

- L'accompagnement des pratiques par le biais de formations dédiées et d'évaluations internes
- Le développement de l'offre d'activités thérapeutiques pour les patients hospitalisés
- La constitution d'un projet et d'une équipe dédiée pour la prévention de l'isolement et de la contention (financement pour le recrutement d'un infirmier et d'une éducatrice)
- L'amélioration des conditions de séjour et d'hébergement avec le suivi opérationnel des actions en cours relatives à la création d'un espace d'apaisement dans chaque unité d'hospitalisation complète, la mise aux normes des chambres d'isolement (avec les équipements adaptés), l'équipement des chambres individuelles de doubles verrous
- L'intégration des recommandations issues du récent rapport du CPT, notamment celles relatives à la qualité et l'exhaustivité des informations renseignées dans les registres isolement et contention, à la traçabilité de la surveillance et au recueil des observations du patient

Il convient également de **poursuivre la mise en œuvre de la loi du 22 janvier 2022 instaurant un contrôle systématique par le juge des mesures d'isolement et de contention** avec notamment : l'évaluation du dispositif mis en place et actions d'améliorations nécessaires, l'élaboration et mise à jour des procédures et protocoles associés, la formation des professionnels ou encore l'élaboration d'indicateurs de suivi des mesures qui puissent être intégrés aux contrats de pôle et permettre une comparaison avec les autres établissements.

2. Promouvoir une culture de la bientraitance et la prévention de la maltraitance comme composante essentielle du droit des usagers

La bientraitance se fonde sur le respect de la personne humaine et de sa dignité. La promotion de la bientraitance est une valeur essentielle pour l'établissement traduite par la mise en place d'actions de sensibilisation, de formations dédiées, la diffusion de recommandations de bonnes pratiques (EPP, conférences dédiées), dont la dynamique sera poursuivie.

Parmi les sujets à travailler, une **charte relative à la bientraitance** en cours de préparation sera finalisée ainsi que **l'actualisation de la procédure de recueil et de signalement et de prise en charge des situations de maltraitance**.

3. Poursuivre la démarche qualité relative aux droits des usagers et promouvoir de nouveaux outils d'évaluation interne (programme QualityRights de l'OMS)

Dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement et en préparation de la prochaine visite de certification, il s'agit de **formaliser le suivi et l'évaluation du plan d'action qualité sécurité volet droit des usagers**, alimenté par les travaux de l'EPP isolement contention, les évaluations externes (autorités de contrôle) et internes (dont patient traceur).

Au regard des enjeux actuels relatifs au droit des patients, l'établissement a également tout intérêt à **s'engager dans le programme Quality Rights de l'OMS**, coordonné par le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS). Ce programme vise le renforcement des capacités des établissements en matière d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins via le prisme du respect des droits et propose une approche globale de promotion des droits comme levier de changement en santé mentale. Il s'agit d'une évaluation externe réalisée par une équipe d'observateurs formés à la démarche (membres du CCOMS, usagers, aidants ou professionnels) sur quelques services volontaires, avec une approche différente et complémentaire des dispositifs de contrôle et d'évaluation déjà existants (HAS, CGLPL, CDSP...).

4. Renforcer l'information des usagers sur ses droits et leur accès aux outils de communication

L'information délivrée aux usagers sur leurs droits et leurs conditions de séjour est également un axe à renforcer. **Le développement des outils numériques**, canal privilégié de communication aujourd'hui, y contribuera par la création d'un **intranet patient** (actuellement en projet), d'un nouveau site internet plus ergonomique ainsi que l'utilisation accrue des réseaux sociaux.

Il s'agit aussi de s'assurer de la **remise effective du livret d'accueil** et de son actualisation, en y intégrant une information sur les règles de facturation. Le projet d'un livret d'accueil audio est également à relancer.

Sous réserve des financements disponibles et des besoins exprimés par les unités, il s'agira aussi **favoriser dès lors que cela est médicalement possible l'accès du patient aux outils de communication** (tablettes, ordinateurs portables), notamment pour les patients des unités qui n'ont pas accès au point internet de la maison des usagers (sites délocalisés, UMD).

Deux autres actions spécifiques ont été identifiées lors de l'élaboration du projet :

- Généraliser la remise du contrat de soins pour tous les patients en hospitalisation libre avec possibilité de notification. Pour tous les patients en soins libres, systématiser sa signature marquant l'adhésion aux restrictions de libertés nécessaires.
- Réaliser une nouvelle évaluation sur la conformité à la réglementation des modalités de recueil de la personne de confiance

5. Poursuivre les efforts déployés pour un accueil digne et en toute sécurité des patients dans un cadre de vie plus convivial et créateur de lien social

Le schéma directeur immobilier tient compte des objectifs d'amélioration de la prise en compte des droits des usagers, avec en projet **la réhabilitation et l'humanisation d'une partie des unités d'hospitalisation le nécessitant et la généralisation des chambres individuelles avec sanitaires autant que possible**, lors de la rénovation ou la création de nouvelles unités.

Les actions suivantes, centrées sur l'amélioration des conditions d'accueil et de la sécurité des patients, sont également identifiées (avec une mise en œuvre à évaluer) :

- Augmenter le nombre de chambres individuelles
- Poursuivre la mise aux normes d'accessibilité des lieux d'accueil des usagers pour personnes en situation de handicap
- Améliorer l'équipement des chambres hôtelières (télé)

- Poursuivre l'équipement des chambres d'un système d'appel d'urgence
- En lien avec le volet isolement et contention : finaliser la mise aux normes des chambres d'isolement et la création des salons d'apaisement
- En prévention du risque suicide :
 - systématiser la prise en compte du risque suicidaire dans l'aménagement des chambres ordinaires
 - équiper les chambres de dispositifs anti suicide (au minimum 2 en unité ouverte et 1 en unité fermée)
- Prévoir pour chaque unité un placard mobile fermant à clef pour patients accueillis en lit supplémentaire afin de sécuriser leurs objets personnels
- Poursuivre la réflexion sur les modalités de sécurisation du parc, notamment au regard de la circulation de substances illicites, en lien avec la gendarmerie de Cadillac

Il s'agit également de pouvoir **offrir des conditions de séjour permettant une meilleure prise en compte du respect de l'intimité et de la vie privée des patients**, avec les actions suivantes identifiées :

- Lorsque cela est possible au niveau des locaux actuels, et pour tout nouveau projet de bâtiment, prévoir un lieu d'accueil pour les visites des familles et proches, en intégrant l'accueil d'enfants
- Constituer un groupe de travail en appui de la mise en place d'un studio de vie affective et familiale, prévu dans le nouveau bâtiment Trélat, en associant les intervenants de la conférence vie affective et sexuelle, mise en place sur l'établissement et financée par la Fondation de France. Ce groupe pourra s'inspirer des démarches engagées par d'autres établissements.
- Garantir le droit au respect du culte, dans le cadre du respect des recommandations de bonnes pratiques élaboré par l'observatoire de la laïcité

Enfin, **des espaces de rencontres et de convivialité créateurs de lien social** seront créés pour les patients, avec une offre de prestations hôtelières élargie.

C'est dans ce cadre que l'établissement s'engage pour la mise en œuvre **d'un projet de création d'une cafétéria au sein du site central**, avec la constitution d'un comité de pilotage dédié. La demande est en effet forte de la part des usagers pour cet espace, qui pourra aussi être un lieu de convivialité pour les professionnels. Ce projet pourra également intégrer d'autres services, comme la vente de produits de première nécessité, l'accès à une laverie automatique, un espace bibliothèque/presse et un lieu d'expression artistique.

La valorisation des espaces verts, la création d'espaces récréatifs et de loisirs, la constitution par exemple d'un parcours santé dans le parc du site central, constituent également des objectifs forts de ce projet.

ANNEXE 1 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET

Le projet droit des usagers a été élaboré tout au long de l'année 2021 sur la base des éléments suivants :

- **Travaux issus des différents groupes thématiques et espaces d'échanges ouverts aux usagers :**
 - Travaux de la commission des usagers (CDU) relatifs à l'élaboration du nouveau projet droits des usagers alimentés par les éléments recueillis auprès des usagers par leurs représentants :
 - CDU du 23 mars 2021
 - CDU du 28 mai 2021
 - CDU du 29 juin 2021
 - CDU du 14 septembre 2021, à laquelle des usagers ont été invité à s'exprimer et formuler des propositions pour le projet droit des usagers
 - Travaux issus du groupe de travail du PMS sur la thématique « Empowerment du patient » (réunion du 29 avril 2021, du 23 septembre 2021 et du 21 octobre 2021)
 - Recueil des remarques et des propositions des usagers recueillis lors des réunions de la Maison des usagers et des cafés du Parc, et au sein de la boîte à idées laissée à disposition au sein de la MDU
 - Propositions issues des travaux de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) isolement et contention
- **Documents de référence :**

Documents internes :

- Les recommandations le rapport annuel de la Commission des usagers (CDU)
- Le bilan du projet droit des usagers 2016-2020
- Les différents projets portés par l'établissement et labellisés par l'ARS en tant qu'établissement promoteur de démocratie sanitaire (maison des usagers, création d'un club des usagers, point d'accès aux droits)
- Le plan d'action de l'EPP isolement et contention
- Les dernières enquêtes de satisfaction et bilans des plaintes et réclamations
- Les rapports de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) de septembre 2018 suite à la visite sur site du 6 au 16 juin 2017 et du Comité européen de prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 24 juin 2021 (CPT) suite visite sur site du 4 au 18 décembre 2019

Documents externes :

- Référentiels et recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) sur les thématiques gestion des droits des patients et engagement patients et usagers
- Charte du patient hospitalisé, charte de l'utilisateur en santé mentale
- Avis et recommandations du CGLPL relatifs au respect des droits dans les lieux de privation de liberté
- Recommandations et travaux du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour l'empowerment, l'engagement des usagers en santé mentale et la promotion du respect des droits
- Recommandations et guides de l'Institut français de l'expérience patient



Le Schéma Directeur Immobilier

Le schéma directeur immobilier synthétise la stratégie immobilière d'une structure à moyen ou long terme (~ 5 ans), et les opérations nécessaires à la mise en œuvre des axes stratégiques décidés : le schéma directeur immobilier est un document d'orientations stratégiques. La réalisation d'un schéma directeur implique ainsi de mener une réflexion prospective sur l'organisation future d'un parc immobilier, en accord avec la stratégie de développement de l'activité des occupants.

1. RAPPEL DES POLITIQUES IMMOBILIERES 2010-2022 DU CENTRE HOSPITALIER DE CADILLAC

De l'hospice Saint Léonard à l'ouverture de l'Unité hospitalière spécialement aménagée, l'actuel Centre Hospitalier de Cadillac a connu des évolutions notables à travers les époques, qu'il s'agisse de l'institution hôpital que de l'environnement physique, bâti et végétal. Aujourd'hui les structures le composant, sont vieillissantes, pour la plupart et un plan d'action est donc en œuvre pour aller vers une humanisation globale des installations et équipements, une amélioration du cadre de vie des patients et des personnels.

a. Un premier schéma en 2010

En tant que maître d'ouvrage, le Centre Hospitalier a entamé une démarche de plan directeur immobilier dès 2010, en lien avec les objectifs institutionnels d'alors et son patrimoine immobilier. L'étude de 2010 se composait de plusieurs chapitres : état des lieux de l'existant, élaboration d'un scénario d'actions et enfin des annexes décrivant en détail les bâtiments

b. Actualisé en 2018

L'étude de 2010 a été actualisée en 2018, dans le contexte du projet d'établissement 2016-2020. Suite à un premier volet qui s'attache à parler de l'immobilier sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier, le second volet présente un zoom sur le site central, fort d'enjeux et de projets de constructions, restructurations, extensions, ...

Les livrables ont été :

1. Un plan d'actions immobilières présentant :

- Le projet d'établissement 2016-2020
- Les projets en cours au moment de l'élaboration du SDI
- L'inventaire des structures composant le CH de Cadillac soit une centaine de structures
- Des fiches d'identité

Ce plan ne comprenait que les structures concernées par des opérations liées à la mise en œuvre du projet médical ou d'humanisation globale (restructurations selon les choix du Maître d'Ouvrage)

2. Une étude de site et des intentions d'aménagement pour le seul site central du Centre Hospitalier de Cadillac.

Ce volet décrit l'évolution morphologique du site depuis ses origines jusqu'à nos jours, selon différentes thématiques urbaines, et encadre ses transformations à venir, en concertation avec l'Architecte des Bâtiments de France.

c. 2021

Une nouvelle étude de reprise du Schéma Directeur de 2018 d'actualisation, et d'état des lieux des aspects financiers, pour la période 2021 à 2030 est livrée le 2 mars 2021 avec la liste des besoins, priorisés, budgétés et phasés (fournis par le maître d'ouvrage). On y retrouve, par projet :

- Le lieu géographique
- L'entité/l'unité concernée
- La description
- L'avancement
- Les projets prioritaires souhaités par le CH pour la réalisation des travaux
- Le montant de l'investissement, ttc et tdc (toutes dépenses confondues)
- La catégorie d'opération
- Les ressources de financement
- L'échéancier annuel des investissements de 2021 à 2030

Alors, on relevait :

- 11 opérations présentes dans le plan directeur de 2018 terminées
- 18 opérations sur le site central pour 39 % du montant total des opérations
- 7 opérations couvrant l'ensemble des sites représentant 19 % du montant total des opérations
- 7 opérations sur le site de l'UMD qui représentent 30 % du montant total des opérations

L'hôpital envisageait de démarrer 12 opérations majeures en 2021. 1/3 des opérations n'étaient pas alors budgétées.

L'étude relevait que certains projets ne présentaient pas d'estimation fiable ; certaines étaient en cours de reprise. Certains montants n'étaient pas fiabilisés dans l'échéancier car les démarrages étaient incertains.

Les montants avaient été actualisés de 2018.

En synthèse financière, les résultats d'exploitation étaient fragiles compte-tenu d'un déficit structurel de près de 2M d'€. Les ratios de la dette étaient non conformes aux exigences du décret à partir de 2023. La trésorerie atteignait un niveau dangereux à partir de 2025.

d. 2022 - Etude de zonage du site central en vue d'un schéma directeur immobilier.

Cette étude est un document d'orientation

Cette étude comprend :

- Etape 1 : données de site : localisation, contraintes urbanistiques, études de risques
- Etape 2 : état des lieux bâtiminaire : retour ABF, identification services et des bâtiments
- Etape 3 :
 - Cahier des charges du schéma directeur (temporalité, priorité, projets en cours et projets futurs)
 - Base de donnée : surfaces disponibles par niveau
 - Inventaire plans
 - Nombre de lits actuels et souhaités
 - Ratio ANAP ou ratio adapté avec expériences projets similaires
 - SDO théorique de chaque entité/unité
- Etape 4 : réflexion architecturale et urbaine du site
- Etape 5 : Stratégies immobilières orientées cohérence foncière (utiliser au maximum l'existant : efficacité foncière) et fonctionnelle (réorganisation du site en privilégiant les constructions neuves). Destinations selon stratégie, contraintes de phasages, travaux à envisager selon les surfaces et durées des travaux, TDC, échéancier + zooms de faisabilité pour chaque entité/unité.
- Etape 6 : procédures et planification de 2022 à 2030

- Etape 7 : estimations financières

Les hypothèses de calcul pour les estimations HT travaux sont établies :

- En valeur mars 2022
- Estimation à +/- 10 % au stade de la faisabilité
- Pas de prise en compte possible des éventuelles pénuries de matériaux et hausses de prix non prévisibles et de main d'œuvre
- Prise en compte de la réhabilitation et/ou remises aux normes nécessaires des bâtiments/unités sans mouvements
- Chiffrage et intégration du VRD au TDC lissé entre 2023 et 2030
- Pas de prise en compte des projets engagés et en cours avant 2022.

Des hypothèses de calcul macro pour le coût opération toutes dépenses confondues selon le planning optimisé sont posées.

Des pistes sont proposées pour mener à bien la simultanéité des projets.

Il convient de se servir de ces outils pour adapter le Schéma Directeur immobilier 2022-2027 en considération des capacités de financement et de la crise internationale en cours et de son impact sur les prix des matériaux de construction, notamment. Le Schéma Directeur Immobilier doit ainsi être décliné en considération du Plan global de financement pluriannuel (PGFP) et du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI).

2. ETAT DE REALISATION DU SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER

a) Rappel des opérations projetées en 2018 réalisées

SITE CENTRAL

- Unité d'électro-convulsio-thérapie (ECT) sur le pavillon MINKOWSKI/JANET
- Maison de la Réhabilitation Thérapeutique (MDRT)
- Mise en conformité des réseaux d'eau froide, incendie, arrosage
- Externalisation de l'imprimerie. Installation de Falret
- Déménagement du service espaces verts sur LARROQUE
- Relocalisation des bureaux et garages dans l'ancien pavillon du Directeur
- Réfection toiture chartreuse
- Accessibilité service clientèle + salle de conférences
- Maison des usagers
- UHSA – système d'éclairage extérieur – système anti-évasion

SITES EXTRA

- Cestas – CMP : restructurations internes
- CMPA et CMPEA de Bazas

Le projet de relogement du CASPERTT et d'un HJ adultes sur le site de Lormont par une construction neuve R+1 ne figurait pas dans le plan de 2018.

b) Rappel des opérations projetées de 2018 toujours d'actualité non réalisées ou en cours de réalisation (prévisionnel)

SITE CENTRAL

- Installations HTA et BT : *Réfection des installations électriques du site central : modernisation, déplacement du poste de livraison, changement régime de neutre, redimensionnement par rapport aux besoins des futurs bâtiments Livraison novembre 2023*
- Cuisine restructuration/extension. *Evolution vers cuisine centrale sur le site de Langon. Etudes en cours. Echéance 2025.*
- Projet de reconstruction de la PUI. *Non engagé (étude 2018)*
- Relogement des Archives. *Non engagé.*
- Centre de consultations (dentisterie). *Livraison 2023.*
- Restructuration/Extension Broca-Pinel. *PTD en cours (septembre 2022). Livraison novembre 2025 (projet abandonné (Cf infra)*
- Unité Parchappe : démolition/reconstruction/projet neuf (étude faisabilité 2018). *Non engagé. Réduction nombre de lits + HJ de 5 places + équipe mobile sur bâtiment existant.*
- Démolition DAUMEZON. Pour construction unités (Parchappe/Pharmacie) *Non engagé : Accueil PMP Bazas*
- Unités TOSQUELLES/CHARCOT – remplacement/réfection verrière pour corriger d'importantes malfaçons engendrant des fuites conséquentes et permettre l'amélioration du confort thermique de la zone. *Livraison fin 2023.*
- Extension REYNIER pour accueillir SEGLAS. *Non engagé : les usagers doivent résider dans un site isolé.*
- Unité TRELAT – *Livraison novembre 2024.*
- HJ Cadillac – rafraichissement général à prévoir – accessibilité non-conforme. *Non engagé.*
- SASS – service d'accompagnement social aux soins. Rénovation/restructuration lourde ou relocalisation. –Accessibilité non-conforme. *Non engagé.*
- Unités UMD Claude, Moreau, Clérambault, USIP, restructuration et extension. Plusieurs scénarios de faisabilité *Programmation. Livraison 41 mois.*
- Blanchisserie – extension étude de faisabilité 2018. *Non engagé. Dans le cadre de la réorganisation de la blanchisserie, projet non repris.*

SITE LARROQUE

- Unité Regain HJ (site Larroque) – Réflexion sur une relocalisation sur le site à engager. *Non engagé.*
- Unité Séglas HC. Relogement – *Non engagé*

SITES EXTRA

- Villenave d'Ornon - CATT/CMP. Trouver un plateau à louer ou cloisonner. *Non engagé : projet d'implantation sur le site de la Clinique d'Ornon.*
- Villenave d'Ornon - Hôpital de Jour enfants Demi – Lune. Construction neuve. *Terrain devenu inconstructible. Programme pour localisation site de la clinique VO. Faisabilité faite, programme à rédiger.*
- Lormont - CASPERTT. Construction d'un Hôpital de Jour. *Stade PC modificatif et DCE + compléments dans le cadre du rapatriement de structures de proximité sur le site des Gravières. Livraison septembre 2023.*
- Lormont - Clinique des Gravières – Reprise charpente. *Non engagé. La structure nécessite une reprise de l'isolation.*
- Lormont – HJ – problème de remontées par capillarité. *Nouvelle expertise : problème devenu sans objet*
- Lormont – reprise du projet de bâtiment R+1 CASPERTT et HJ Adulte avec ajout de HJE. *Ajout d'un étage supplémentaire. Livraison septembre 2024*
- Langon - CATT/CMP – Trouver locaux pour regroupement des structures – projet de construction neuve CAMP. *Engagé. Regroupement de structures langonaises sur site locatif. Livraison 2023*

- Langon - CATTP Petite Enfance, « A petits Pas », CATTP CSMI. Trouver locaux pour regroupement des structures - projet construction neuve CAMP Engagé. *Regroupement de structures langonaises sur site locatif. Livraison juin 2023.*
- Bègles - CMP – Regroupement dans nouvelle structure CMP/CATTP Villenave d’Ornon. *Non engagé : projet d’implantation sur le site de la Clinique d’Ornon dans le cadre du CMP Pivot. Faisabilité faite. Etude de site pour regroupement de structures VO et Bègles*
- Bègles - Centujean – HJ –possibilité de relocalisation sur le site de la clinique Villenave d’Ornon
- Bègles - Hôpital de jour Adolescents « La rivière bleue » - Amélioration du confort thermique + intervention clos couvert. *Non engagé*
- Toulonne – HJE L’île verte – Nouveaux locaux pour regroupement avec CMP/CATTP/Petite enfance de Langon – Projet de construction neuve. *Abandon du regroupement. Recherche d’un site pour humanisation et accessibilité*
- Ambarès – CMPEA + CMP adultes Ambarès – CMP à relocaliser (hébergé dans le même local que le CMPEA – incompatibilité des publics accueillis) *Etude pour relocalisation dans un bâtiment à construire mais coût non compatible. Rechercher une solution alternative mais coût supplémentaire par rapport à la situation actuelle.*
- Bordeaux BASTIDE HJE – Immeuble l’Amarelle Bleue – vétuste + problème d’accessibilité. *Problématique de relogement compte-tenu du prix de l’immobilier sur zone.*

c) Nouveaux projets depuis 2018 en plus de l’étude SDI (prévisionnel)

- CADILLAC – installation de la direction des projets, de la stratégie territoriale des affaires médicales et de la recherche + divers à l’étage du bâtiment FOVILLE. *Réalisé (2022)*
- CADILLAC – programme d’installation en vue de réouverture de la cafétéria des patients (2023-2024)
- CADILLAC – locaux du SASS et du GEM confondus : recherche d’une localisation sur le site central pour le SASS ou le GEM. Logement ancien directeur des finances (2022-2023)
- CADILLAC – installation de l’UMPJ dans l’ancien logement du directeur des finances (2022-2023)
- CADILLAC – Fiche action du PMS : création de 6 lits HC pédopsychiatrie
- PMP Bazas –Rapatriement sur le site de Cadillac. Daumazon + extension sur Parchappe (fin 2023)
- LORMONT – Relogement du CASPERTT et regroupement de services sur un bâtiment en R+2 sur le site des Gravières

d) Investissements et développement durable

Il doit être noté qu’à ce stade le Centre Hospitalier n’a pas développé de politique d’investissement liée au développement durable. Ainsi, une alternative à l’actuel système de chauffage du site central n’a pas été envisagées dans les plans précédents. Toutefois, la direction commune et d’autres établissements médico-sociaux se sont dotés d’un Conseiller en Transition Energétique et Ecologique ce qui devrait être de nature à permettre l’élaboration de cette politique qui pourra intégrer le schéma directeur immobilier et son financement.

Dans le cadre de ses futurs projets immobiliers, le CH de Cadillac raisonne désormais en coût de fonctionnement global sur la durée de vie du bâtiment et s’attache donc à concevoir et à développer des projets plus responsables qui soient soutenables sur le long terme et résilients face au changement climatique.

Un bâtiment durable conçu dans le respect de l’environnement et des êtres humains qui y évoluent pour améliorer l’accueil des patients et des professionnels de santé. Un bâtiment qui intègre également et dès sa conception, le recours à des énergies moins polluantes (énergies renouvelables, de récupération).

Depuis quelques années, une attention a également été portée à améliorer les performances globales du bâti existant à travers des actions portant sur l’isolation des combles, des planchers et des réseaux, l’utilisation d’éclairage et de systèmes énergétiques plus performants.

La maîtrise effective des consommations d'énergies et la mise en place d'actions de sobriété énergétique représentent un des leviers majeurs pour réduire ses émissions de gaz à effet de serre. Ainsi et à court terme, le CH Cadillac se dotera d'un outil informatique de gestion active de l'énergie permettant de remonter en automatique et de centraliser ses données de consommations énergétiques, y compris l'eau, en vue de les piloter.

Un audit énergétique des bâtiments sera ensuite lancé pour définir un plan d'actions prioritaires et identifier les investissements à mettre en œuvre afin de diminuer la facture énergétique de l'établissement et ainsi réduire sa dépendance aux énergies fossiles.

En complément, des actions de communications ciblées vont être déployées pour sensibiliser le personnel, agir sur le comportemental et faire de l'énergie, l'affaire de tous.

3. FINANCEMENT

Le Centre Hospitalier de Cadillac est à la croisée des chemins. Il doit mener, dans un même temps, son programme de réhabilitation de ses unités d'hospitalisation complète du site central (compris UMD) et opérer son virage ambulatoire.

Dans un contexte de vétusté généralisée de ses bâtiments et parfois d'insalubrité de certaines parties d'entre elles, l'établissement se trouve dans l'obligation de mener, dans un temps très court, un plan d'investissement conséquent afin d'enrayer la dégradation de la prestation de soin sur son territoire de santé.

Le niveau de vétusté et la rusticité de l'accueil imposent une réhabilitation rapide en considération des conséquences sur les soins pour les patients et les conditions de travail des personnels.

Les capacités du Centre Hospitalier de Cadillac (autofinancement, emprunt et subvention d'investissement) aujourd'hui lui permettent de financer les opérations suivantes sur la durée du projet d'établissement 2022-2027 :

- La Réhabilitation des unités Claude et Moreau (UMD)
- Le projet TRELAT
- Le projet de CMP Pivot - CASPERTT à Lormont
- Le projet de réfection électrique à Cadillac
- La sécurisation de CVO à Villenave d'Ornon
- Les verrières de Tosquelles à Cadillac
- La cafétéria à Cadillac
- Le rapatriement de la PMP sur le site de Cadillac

Les unités Broca-Pinel auront vocation à intégrer l'unité Marguerite à l'issue des travaux de Trélat.

Chaque année sur la période est réservée une enveloppe pour de petites opérations d'investissement ;

Les aléas conjoncturels depuis la fin de 2021 (une réforme du financement de la psychiatrie avec ses contours non précisés, une guerre en Ukraine génératrice d'un surenchérissement généralisé des dépenses de fonctionnement, une crise énergétique ayant un fort impact sur la facture chauffage, un contexte économique d'une rare complexité avec le retour de l'inflation et son corollaire la remontée des taux d'intérêt,...) font peser, pour le Centre Hospitalier, en particulier, et l'ensemble des opérateurs publics, en général, une forte incertitude quant à leurs projets d'investissement.

4. ORGANISATION DES SERVICES

La mise en œuvre d'un Schéma Directeur nécessite une conduite d'opération adaptée, efficiente et performante. Si l'organisation actuelle a permis de conduire nombre d'opérations immobilières importantes, dans un contexte donné, l'ambition du projet médico-soignant et sa déclinaison immobilière imposent au Centre Hospitalier de faire évoluer son organisation de maîtrise d'ouvrage.

Dans le cadre de la Direction commune, afin d'optimiser les services appelés à être rendus dans le domaine immobilier et des travaux, une direction commune des services techniques est mise en place.

Les objectifs sont :

- De remédier à la dispersion des compétences détenues aujourd'hui par chaque établissement
- De remédier à la confusion au sein de chaque établissement et parfois détenue par un seul individu des fonctions de maîtrise d'ouvrage, d'exploitation et de sécurité en distinguant au sein de la Direction :
 - une fonction de la maîtrise d'ouvrage
 - une fonction d'exploitation
 - une fonction de sécurité

La fonction maîtrise d'ouvrage a pour périmètre d'intervention :

- les constructions neuves ou rénovations lourdes
- les aménagements ou rénovations partielles
- les emplacements d'équipements
- la gestion du Plan Pluriannuel d'Investissement

La fonction exploitation a pour périmètre d'intervention :

- les maintenances préventives, correctives, palliatives, curatives
- la conformité réglementaire (Installations classées protection de l'environnement, Code du travail, établissements recevant du public)
- la gestion des Energies
- les conditions de travail

Pour mémoire, la fonction sécurité (des biens et des personnes) a pour périmètre d'intervention :

- Incendie: formations, exercices, réglementation
- La sûreté : vols, attentats,
- Le schéma d'organisation de la sécurité en cas d'incendie, le plan de sécurité établissement
- Les liens avec les autorités (SDIS, Gendarme, Préfecture...)
- Le partage de compétences entre les établissements
- L'uniformisation des méthodes de travail, des marchés, ...
- La maîtrise des risques réglementaires, sanitaires et techniques
- La maîtrise des coûts immobiliers et de la valeur du patrimoine, et le dimensionnement

Tableau projeté du capacitaire en lits

Unités	Capacitaire autorisé 31/12/2021	Lits installés début PMS	Capacités projeté estimé	Commentaires	Objectif capacitaire				Ecart / 2023 et 2027
					SL	SSC	mixte	PML	
PÔLE A - METROPOLE RIVE-DROITE BORDEAUX	89	89	79		48	31	0	0	-10
PINEL	18	18	0	Transfert BROCA PMSI vers HADG (27/7/21 à 31/12/2021)		0			-18
BROCA	17	17	0			0			-17
MARGUERITE	0	0	31			31			31
CLINIQUE DES GRAVIERES	24	24	24	Aucun changement	24				0
OPL	30	30	24	Hypothèse de fermeture de 6 lits en lien avec création HDI de crise et CMP joint	24				-6
PÔLE B - METROPOLE SUD-OUEST « Les Rives d'Arcins »	55	55	42		24	18	0	0	-13
TOSQUELLES	21	21	18	Aucun changement		18			-3
PARCHAPPE	/	/	/	Transfert filière gérontopsychiatrique dans le pôle transversal	/	/	/	/	/
CLINIQUE D'ORNON (CVO)	34	34	24	Hypothèse de fermeture de 10 lits en lien avec création HDI de crise et CMP joint	24				-10
PÔLE C - SUD GIRONDE « Les Rives de Gironne »	60	53	48		30	18	0	0	-12
CHARCOT	18	18	18	Aucun changement		18			0
UCS	/	/	/	Transfert filière DACOPSI dans le pôle transversal	/	/	/	/	/
RAYNIER	17	0	0	Réhabilitation des chambres en 2022 - 2023 Unité de dédouanage	0				-17
PMP	25	15	30	Transfert en 1/2023 de l'unité PMP à Cadillac. Accueil de l'unité dans le bâtiment de l'ex-ancien « 3 » (Chambres Partageées)	30				5
Pôle PML	140	140	140		0	0	0	140	0
MINKOWSKI	19	19	19	Aucun changement				19	0
MOREAU	19	19	19	Fermeture temporaire pour travaux (21 mois d'étude et 20 mois de travaux). Engagement des transferts et ralentissement/arêt des admissions dès 2023				19	0
CLERAMBAULT	10	10	10	Aucun changement				10	0
EY	19	19	19	Aucun changement				19	0
CLAUDE	19	19	19	Fermeture temporaire pour travaux (21 mois d'étude et 20 mois de travaux). Engagement des transferts et ralentissement/arêt des admissions en 2024				19	0
USIP	14	14	14	Aucun changement				14	0
UHSA (Figaro)	20	20	20	Aucun changement				20	0
UHSA (Epernan)	20	20	20	Aucun changement				20	0
Pôle Transversal	116	96	100		32	0	48	0	-16
MARGUERITE / TRELAT	32	32	30	Livraison bâtiment au 1er janvier 2025	30				-2
DAUMEZON	21	0	0	Fermeture au 1er juillet 2022	0				-21
MAISON DE LA REHAB	0	8	8	Ouverture 1er juillet 2022	8				8
SEGLAS	14	14	14	Réflexion sur focalisation unité.	14				0
PARCHAPPE	29	22	16	Réduction capacitaire fin 1er trimestre 2023			16		-13
UCS	20	20	20	Aucun changement			20		0
Addictologie	0	0	12	Création d'une unité HC. Bâtiment à définir.			12		12
PEA	0	0	6		6	0	0	0	6
Adolescent	0	0	6	Création d'une unité HC. Bâtiment à définir.	6				6
TOTAL	460	413	415		160	67	48	140	-45
							415		

GLOSSAIRE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CDU : Commission des Usagers

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DMH : Durée Moyenne d'Hospitalisation

EMR : Equipe Mobile Ressource

EPIC : Equipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GEM : groupe d'entraide mutuel

HAS : Haute Autorité de Santé

JLD : juge des libertés et de la détention

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDU : Maison des usagers

MCO : Médecine Chirurgie, Obstétrique

PPCS : Plan Personnalisé de Coordination en Santé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

SAFT : service d'accueil familial thérapeutique

SASS : service d'accompagnement social aux soins

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USIP : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques