



Centre Hospitalier
DRÔME VIVARAIS

Psychiatrie
adulte & enfant

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Centre Hospitalier Drôme Vivarais

2022 - 2027



PRÉSENTATION

« Le précédent projet d'établissement (2016-2020) avait pour ambition principale de mettre en œuvre une recomposition de l'offre de soins dans une approche bidépartementale Drôme-Ardèche associée à un nouveau découpage territorial. Cet objectif s'est accompagné d'une modernisation et d'une reconstruction du site de Montéléger.

Cet effort important et rare dans la vie des institutions hospitalières a permis d'améliorer les conditions d'accueil des patients, mais aussi les conditions de travail des professionnels.

Après les bouleversements de la crise sanitaire qui ont affecté patients et professionnels et mis à mal les organisations, nous avons souhaité résolument axer notre projet stratégique 2022-2027 sur la qualité du parcours des patients. Cette démarche plus qualitative a commencé par un cycle de visio-conférences avec des équipes françaises, belges, suisses, canadiennes et suédoises. Cette ouverture sur l'extérieur, à laquelle ont participé une cinquantaine de professionnels du CHDV, a permis de s'imprégner de projets innovants, construits autour d'une meilleure implication du patient dans sa prise en charge.

À l'automne 2021, les groupes de travail ont commencé à se réunir et à dessiner le projet d'établissement en réfléchissant autour de quatre axes :

Écouter, Prendre soin, Être partenaire, Nous organiser.

Au terme de cette réflexion, près de 50 actions opérationnelles sont proposées pour les cinq prochaines années.

Dans un contexte de crise, le projet que nous avons construit est un projet résolument optimiste. La crise climatique, nécessite de conscientiser les enjeux environnementaux et d'élargir notre cadre de pensée pour changer nos modes de vie. Les difficultés de recrutement nous invitent à être attentifs à notre qualité de vie au travail et à la qualité des liens que nous construisons.

Nous entrons à présent dans la phase de mise en œuvre qui sera l'affaire de tous. En effet, le déploiement du projet d'établissement 2022-2027 touchera chaque professionnel dans sa pratique et dans l'organisation de son travail. L'engagement de tous les professionnels du CHDV sera indispensable pour traduire concrètement toutes nos ambitions. »



Lucie Verhaeghe
Directrice du CH Drôme Vivarais



Jean-Louis Griguer
Président de CME

SYNTHÈSE

Un projet d'établissement organisé en quatre axes : **Écouter, Prendre soin, Être partenaires, Nous organiser.**

Écouter...

C'est prendre en compte les propositions et les attentes des patients et de leurs proches aujourd'hui mais également tout au long du déploiement de ce projet d'établissement sur les cinq prochaines années.

C'est reconnaître la place centrale du bénéficiaire de soins en tant qu'acteur au cœur de son parcours de vie et de soins, vers un possible rétablissement et un mieux-être (empowerment).

Cet objectif se traduira très concrètement par la mise en place d'outils d'implication des patients, comme les réunions soignant-soigné, le recueil de l'expérience patient et le plan de prévention partagé qui constitue une démarche participative particulièrement innovante.

La finalité de ces projets est de mettre les patients au centre de leur prise en charge, de les considérer comme des sujets, de les aider à être acteurs de leurs soins, même pour des patients soignés sans leur consentement.

Nous poursuivrons le développement d'initiatives qui ont fait la preuve de leur efficacité comme le recrutement de médiateurs pairs en santé (MPS).

Ensuite, nous veillons à soigner les spécificités de la pédopsychiatrie avec des actions propres à cette population en cherchant à améliorer les délais de prise en charge et l'implication de l'utilisateur dans la construction de son projet de soins et en mettant en place un système d'évaluation pérenne.

La présence des patients et de leurs proches sera effective dans les démarches stratégiques institutionnelles du CHDV et pérenne sur les cinq prochaines années grâce au soutien et à l'investissement dans la maison des usagers et dans la commission des usagers.

Enfin, la place centrale du patient dans notre organisation se traduit avant tout par le fait de garantir en toutes circonstances le respect de ses droits, par exemple, en renforçant la garantie du respect de l'intimité et de la dignité tout au long de son parcours.

Notre projet vise également à réinterroger le recours aux mesures restrictives de liberté. L'établissement souhaite faire évoluer ses pratiques reposant sur l'isolement et la contention vers une prise en charge permettant une prise en soins intensive du patient. L'objectif est également de s'engager vers une diminution du recours aux soins sans consentement en nous articulant mieux avec les services des urgences et avec les équipes extrahospitalières.

Prendre soin...

Constitue le cœur de notre projet d'établissement.

Nous allons poursuivre la dynamique engagée concernant le développement des soins ambulatoires. Le CMP reste plus que jamais le pivot des soins des prises en charge en santé mentale. Une attention particulière sera notamment portée sur les délais d'accès aux rendez-vous pour répondre au mieux aux attentes des patients. Dans les cinq prochaines années, des postes devront être créés pour renforcer les actions permettant « d'aller vers » le patient et ses proches. Pour maintenir le patient dans la cité, le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète restera soutenu. Il concerne tout à la fois des lieux de soins comme les hôpitaux de jour et des lieux d'hébergement (appartements accompagnés, thérapeutiques et accueil familial thérapeutique).

En parallèle au dispositif de soins général ci-dessus qui est renforcé, de nombreux parcours spécifiques seront soutenus : sur la prévention du suicide, les psychotraumatismes, les addictions, l'autisme de l'adulte et les personnes âgées.

Un parcours efficace nécessite une articulation entre professionnels du CHDV efficiente. Des projets sont prévus sur l'articulation entre intra et extrahospitalier et entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie adulte.

Les soins somatiques et la prise en charge médicamenteuse si importants pour des patients peu insérés dans le système de soins feront également l'objet d'une attention toute particulière.

Les outils de visioconférence et les messageries sécurisées de santé ont été déployés dans l'établissement. Leur utilisation doit être développée pour améliorer les liens avec les patients et les partenaires, sans perdre de vue l'importance des échanges directs soignants-soignés qui sont si précieux dans la prise en charge.

Être partenaire...

C'est prendre en compte les attentes et besoins de nos partenaires pour organiser sur le territoire des prises en charge de qualité. La santé mentale se caractérise en effet par le grand nombre d'intervenants engagés avec le patient et ses proches dans sa prise en charge pour :

- concourir aux soins (partenaires du GHT, médecins généralistes),
- permettre une évaluation, une orientation et un suivi coordonné et réactif pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement,
- organiser un maintien ou un retour à l'emploi, puissant vecteur de développement de lien social, d'amélioration de la confiance en soi et d'autonomie,
- trouver des structures d'accueil pour les patients du CHDV à l'issue de leur séjour hospitalier ou au cours de leur suivi en ambulatoire, en assurant leur suivi dans ces structures,
- développer nos liens avec les écoles, les universités et centres de formation,
- trouver les meilleures solutions avec la police et la justice pour les situations de crise,
- lutter contre le repli sur soi du patient avec les acteurs associatifs (loisirs, culturels et sportifs).

En parallèle de ces articulations concrètes, il nous semble indispensable de renforcer la connaissance de nos partenaires sur le champ de la santé mentale. L'idée est de développer une offre de formation aux enjeux de la santé mentale pour permettre une montée en compétences de nos partenaires sur ces sujets.

Par ailleurs, nous devons aussi nous investir dans le développement d'informations du grand public pour lutter contre ce qui peut apparaître comme une stigmatisation des patients-citoyens.

Nous organiser...

C'est faire évoluer nos organisations pour mettre en œuvre ce projet. Il s'agit à la fois de faire évoluer notre gouvernance interne et repenser les missions et articulations des différents métiers. Nous veillerons tout à la fois à développer l'appropriation par les professionnels de la gestion des risques et à améliorer la qualité de vie au travail, ainsi que la sécurité des personnels indispensables pour maintenir l'investissement des équipes et garantir l'attractivité de l'établissement.

L'ensemble des activités connexes aux soins vont évoluer, notamment les systèmes d'information avec un accès rapide aux informations de santé et leurs partages avec d'autres professionnels contribuant à l'amélioration du service rendu au patient sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins.

Enfin, en prise avec les enjeux environnementaux, le CHDV va s'engager dans une démarche éco-responsable en réduisant, par exemple, ses émissions de CO2 et le gaspillage notamment alimentaire.





Nos quatre axes

Écouter

P. 7

Renforcer la participation des patients et leurs familles à la vie institutionnelle

- Donner les moyens aux usagers et aux associations de contribuer aux projets de l'établissement
- Développer le recrutement de patients pairs aidants
- Garantir le respect des droits des patients
- Améliorer l'aide aux aidants

Développer des outils d'implication des patients dans la prise en charge

- Déployer le plan de prévention partagé
- Généraliser les réunions soignant-soigné
- Diminuer le recours aux soins sans consentement
- L'isolement et la contention : changer de regard et transformer nos pratiques
- Évaluer la satisfaction des usagers dans le secteur enfant ado et jeune

Développer nos alternatives à l'hospitalisation

- Développer les hôpitaux de jour de crise
- Développer les autres alternatives à l'hospitalisation temps plein

Développer une offre pour prévenir le suicide et soigner les psychotraumatismes

- Déployer des outils de prévention du suicide
- Développer une offre de soins pour les psychotraumatismes

Améliorer la prise en charge médicamenteuse

Positionner le CMP comme pivot de l'offre de soins en ambulatoire

- Encourager et développer « l'aller-vers »
- Développer les équipes mobiles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Développer l'équipe mobile premier épisode sur l'ensemble du territoire
- Développer l'offre de réhabilitation dans les CMP
- Garantir des délais raisonnables d'accès aux rendez-vous

Développer la e-santé

Construire des parcours de prise en charge

- Améliorer la coordination entre les secteurs intra et extra
- Améliorer les liens entre les secteurs adultes et enfants
- Définir le parcours de soins des personnes âgées
- Définir le parcours de soins pour les personnes atteintes d'addiction
- Structurer la filière de soins dans l'autisme de l'adulte

Améliorer la santé somatique des patients

Poursuivre la dynamique de prise en charge à la Maison d'Accueil Spécialisée

Prendre soin

P. 19

Être partenaire

P. 48

Coordonner les prises en charge avec les autres acteurs du soin

Contribuer activement au projet médical partagé du GHT

Développer des parcours de soins avec la ville, CPTS, médecins généralistes et autres réseaux de santé

Ouvrir l'hôpital sur les autres acteurs de la cité

Améliorer la coordination avec les structures médico-sociales

Améliorer l'accès au logement

Améliorer l'accès à l'emploi

Développer nos liens avec les écoles, les universités et centres de formation

Améliorer l'accès aux activités socio-culturelles et sportives

Améliorer la collaboration avec la police, la justice et le SAMU

Développer l'offre de formation pour nos partenaires

Développer les partenariats avec les communes

Nous organiser

P. 62

Développer une démarche éco-responsable

Structurer un mode de gouvernance participatif

Structurer les organisations de travail

En intrahospitalier, des organisations qui permettent de synchroniser les temps médicaux et soignants

Dans les services ambulatoires, repenser les missions des différents corps de métiers

Développer l'appropriation par les professionnels de la gestion des risques

Améliorer la qualité de vie au travail

Qualité de vie au travail

Améliorer l'attractivité de l'établissement

Continuer à garantir la sécurité des personnels

Développer la politique de formation

Déployer une nouvelle politique de communication

Déployer un schéma directeur des outils informatiques

Participer à des projets de recherche



ÉCOUTER



I. RENFORCER LA PARTICIPATION DES PATIENTS ET LEURS FAMILLES À LA VIE INSTITUTIONNELLE	9
1.1 Donner les moyens aux usagers et aux associations de contribuer aux projets de l'établissement	9
1.2 Développer le recrutement de patients pairs aidants	10
1.3 Garantir le respect des droits des patients	11
1.4 Améliorer l'aide aux aidants	12
II. DÉVELOPPER DES OUTILS D'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE	14
2.1 Déployer le plan de prévention partagé	14
2.2 Généraliser les réunions soignant-soigné	15
2.3 Diminuer le recours aux soins sans consentement	16
2.4 L'isolement et la contention : changer de regard et transformer nos pratiques	17
2.5 Évaluer la satisfaction des usagers dans le secteur enfant ado et jeune	18

RENFORCER LA PARTICIPATION DES PATIENTS ET LEURS FAMILLES À LA VIE INSTITUTIONNELLE

Donner les moyens aux usagers et aux associations de contribuer aux projets de l'établissement

CONTEXTE



La reconnaissance de la place centrale du bénéficiaire de soins en tant qu'acteur au cœur de son parcours de vie et de soins, est primordiale vers un possible rétablissement et un mieux-être (empowerment). Renforcer et faciliter l'expression de l'utilisateur dans une démarche de transformation en santé mentale s'inscrivent pleinement dans la feuille de route du PTSM.

Il semble donc incontournable que des moments d'échange et de partage se développent permettant à tous d'avancer dans une culture d'alliance thérapeutique et de partenariat entre usagers (patients et entourage) et professionnels avec l'appui de pairs aidant-e-s qui amènent un savoir expérientiel.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le CHDV souhaite donner les moyens aux usagers et aux associations de contribuer aux projets de l'établissement et plus largement, à la vie de l'institution en suivant les deux axes stratégiques suivants :

1. La Maison Des Usagers (MDU) : véritable outil de réflexion au service des usagers (patients, entourage) et des partenaires

Cet axe stratégique se décline en deux orientations opérationnelles :

Recueillir et favoriser la parole des usagers

La première étape consiste à créer un collectif des usagers volontaires en facilitant leur accès à la formation et en les soutenant, ce qui servira de tremplin pour accéder aux groupes de travail, aux réflexions destinées aux professionnels de soins et aux diverses instances. Ce collectif doit être inscrit dans la vie institutionnelle de l'établissement.

La place des patients est renforcée par le développement du recueil de l'expérience patient (recueil du vécu des patients par les pairs aidants et par les professionnels) et par la participation des patients hospitalisés aux manifestations (SISM, JEDS, Stands forum /MRS). Enfin, les instances (Commission des usagers, Conseil de surveillance, ...) devraient s'ouvrir aux bénéficiaires de soins et/ou pairs aidants, ainsi que les différentes commissions (menus, isolement/contention, DIP...).

Dynamiser la maison des usagers (MDU)

Plusieurs actions concrètes sont envisagées touchant :

Aux ressources humaines et matérielles : un temps de professionnel est désormais dédié au développement des relations avec les usagers (animation, coordination des actions interpartenariales et sensibilisation des soignants). Il est proposé d'attribuer aux Représentants des Usagers (RU) un numéro de téléphone « maison des usagers » avec un répondeur, une boîte mail, un budget de fonctionnement et un PC.

À la communication de la MDU, de ses missions et de ses actions : se faire connaître (auprès des professionnels, usagers, familles), développer l'Information sur les droits du patient (documentation, jeux...), favoriser et développer les échanges dans les unités dès que le besoin s'en fait sentir dans le parcours de soins d'un patient. Ces interventions ou rencontres permettraient, en amont de la CDU, d'aider à désamorcer d'éventuels conflits, apporter un apaisement et ainsi encourager l'alliance thérapeutique.

Au développement partenarial de la MDU, en sollicitant d'autres associations que l'UNAFAM pour des permanences à la maison des usagers (GEM, Embarcadère, SAMSAH, ou association bipolaires ou association addict).

2. La Commission Des Usagers (CDU), véritable outil de réflexion au service des usagers pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge dans le parcours du patient

Concernant la CDU, il est proposé de réaliser des **points d'étape sur le suivi des axes d'amélioration effectifs, d'améliorer l'information des acteurs** sur les possibilités d'accompagnement des patients par des RU ou des pairs aidants, l'existence de groupes de réflexion, de conférences, de possibilités de formations.

Par ailleurs, l'objectif est également d'**améliorer le délai de réponse aux réclamations et de respecter un délai cohérent pour proposer une médiation.**

INDICATEURS

- Délai de réponse aux réclamations et délai de proposition de médiation
- suivi des axes d'amélioration : tableau à compléter en précisant les solutions apportées.

RENFORCER LA PARTICIPATION DES PATIENTS ET LEURS FAMILLES À LA VIE INSTITUTIONNELLE

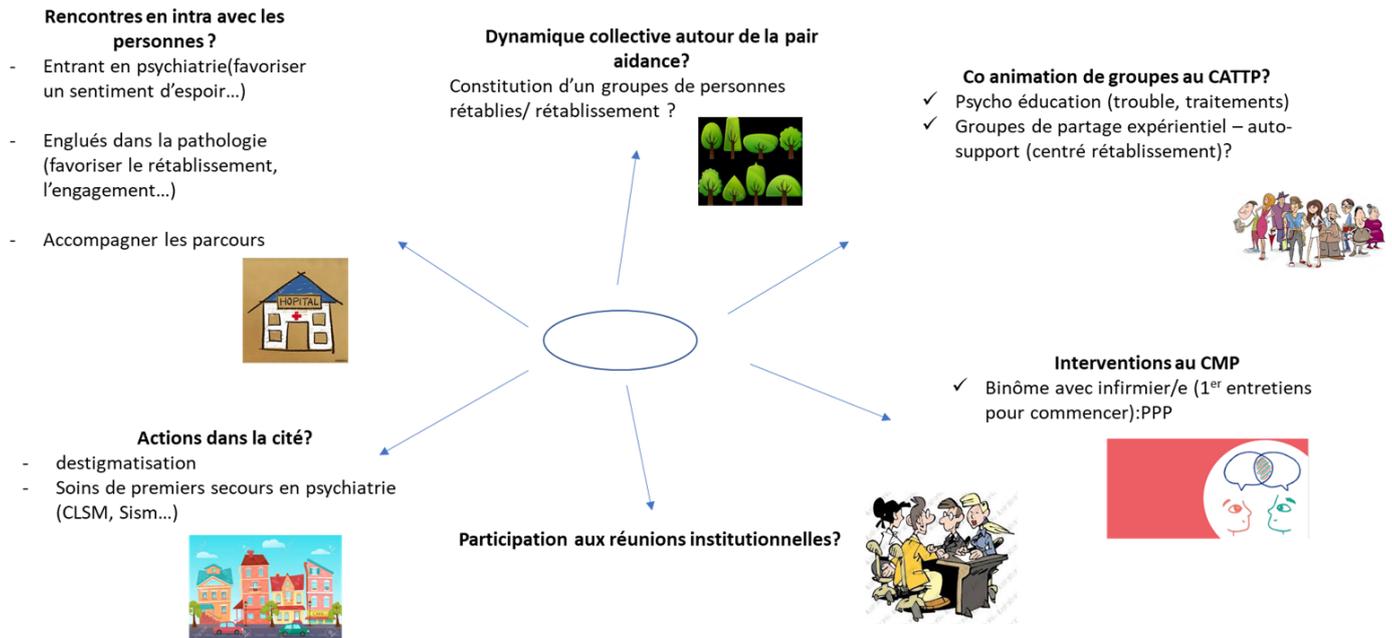
Développer le recrutement de patients pairs aidants

CONTEXTE

La pair aidance est connue depuis plus de 20 ans dans le monde et tend à trouver sa place de plus en plus souvent dans les établissements de santé mentale en France.

Le pôle centre accueille depuis quelques mois la première Médiateur Pair en Santé (MPS) recrutée sur le CHDV.

Son intégration (au sein du CATT) est très satisfaisante.



OBJECTIFS POURSUIVIS

Dans la continuité du pôle centre, il est proposé dans le cadre du projet d'établissement de recruter des médiateurs pairs en santé (MPS) affectés dans les centres de soins psychiatriques, au sein des équipes pluridisciplinaires.

Des MPS pourront également être envisagés sur l'intrahospitalier en fonction des projets.

Les MPS sont recrutés après avoir satisfait à une formation universitaire de niveau Master.

Il est proposé leur recrutement sur un poste permanent suite à une création de poste. Le déploiement des MPS doit être progressif, avec la cible de pourvoir au minimum un 0,5 ETP par pôle.

Une vigilance particulière doit être accordée à la bonne intégration des MPS dans les équipes et auprès des patients.

En effet, il s'agit d'un métier nouveau au CHDV et d'une approche thérapeutique spécifique dont il semble nécessaire d'accompagner le déploiement.



RENFORCER LA PARTICIPATION DES PATIENTS ET LEURS FAMILLES À LA VIE INSTITUTIONNELLE

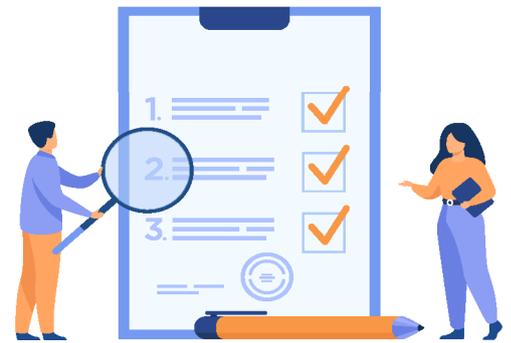
Garantir le respect des droits des patients

CONTEXTE

Le patient bénéficie de droits garantis par les textes législatifs et synthétisés par la charte de la personne hospitalisée (annexe à la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006). Les établissements de santé se doivent d'informer le patient sur ses droits de manière à ce qu'il puisse faire des choix éclairés.

Ces droits couvrent différents registres : respect de l'intégrité de la personne, de sa vie privée, de la confidentialité des informations la concernant, de ses croyances et convictions, de sa liberté d'aller et venir.

L'établissement se doit par toutes dispositions appropriées de garantir le respect du patient en toutes circonstances.



OBJECTIFS POURSUIVIS

Cinq axes sont identifiés pour renforcer la garantie du respect des droits des patients :

1. Identifier dans le dossier du patient une personne « à prévenir » et une personne de confiance

La réglementation prévoit l'identification dans le dossier du patient d'une personne « à prévenir » et d'une personne de confiance. Cela passe, dans un premier temps par l'explicitation du rôle de la personne de confiance auprès des soignés, soignants, familles (brochure Psycom), et surtout auprès des personnes désignées par les patients. Une expérimentation est en cours au pôle sud avec appel systématique de la personne désignée par le patient pour échanger avec elle sur ce rôle. Cette expérimentation devra faire l'objet d'une évaluation et pourra être étendue.

2. Renforcer la garantie du respect de l'intimité et de la dignité du patient

L'établissement met en place des mesures visant à garantir, en toute circonstance, le respect de l'intimité et de la dignité du patient. Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de gestes, propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels. Sur le sujet de la sexualité à l'hôpital, l'établissement a un devoir de protection des personnes mineures et vulnérables, ainsi que du respect de l'intimité. La notion de consentement pourra être évoquée dans les réunions soignants/soignés. Des interventions du planning familial pourraient être programmées pour apporter de l'information au plus près des patients. Enfin, une réflexion sur l'accès à des moyens de contraception/protection peut être engagée. Le respect de l'intimité et de la dignité passe également par la tenue vestimentaire des patients en s'assurant du respect de la pudeur de celui-ci (le port du pyjama doit rester exceptionnel et faire l'objet d'une prescription spécifique). Le tutoiement est proscrit. Une vigilance doit également être apportée au respect du patient par les professionnels de la cafétéria.

3. Rappeler les règles du recours à des mesures restrictives de liberté

Les recours à des mesures restrictives de liberté sont des mesures de protection qui doivent être prescrites individuellement et être limitées dans le temps. Aucun retrait d'objets (nourriture, produits de toilette, rasoirs, téléphone, chargeurs de téléphone) et aucune restriction de liberté (sorties, visites ...) ne peuvent être effectués de façon systématique de jour comme de nuit. Elles doivent faire l'objet d'une consigne médicale en lien avec un état clinique. Cela implique aussi pour les patients la liberté de communiquer : accès au WIFI, à des ordinateurs, au réseau téléphonique, au courrier postal.... Par ailleurs, l'établissement s'engage à diminuer le recours aux soins sans consentement et à limiter le recours à l'isolement et à la contention. Ces sujets font l'objet de fiches action spécifiques (respectivement 1.2.3 et 1.2.4).

4. Renforcer l'information du patient

L'information du patient passe par le **recueil du consentement sur ses soins** et ses modalités, la **notification** des soins sans consentement et le recueil des observations des patients. Par ailleurs, **une lettre de liaison doit être remise au patient** le jour de sa sortie. Il est enfin proposé de favoriser l'accès à l'hôpital à des associations d'usagers.

5. Associer le patient comme acteur de sa prise en charge

La prise en compte du point de vue du patient permet d'améliorer la qualité de la prise en charge. Pour ce faire, un système de recueil et d'**analyse de l'expérience du patient** et de sa satisfaction est mis en place. Il s'agit d'une démarche de sollicitation du patient sur son expérience quant à sa prise en charge. Le patient bénéficie de soins visant à **anticiper ou à soulager rapidement sa douleur**. Une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur pour les patients les plus vulnérables.

RENFORCER LA PARTICIPATION DES PATIENTS ET LEURS FAMILLES À LA VIE INSTITUTIONNELLE

Améliorer l'aide aux aidants

CONTEXTE

L'aidant est défini comme « **la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes** »¹.

De nombreux travaux et études (baromètre réalisé en 2020 par l'UNAFAM, Gupta en 2015, Mittendorfer en 2018) ont montré la réalité du quotidien des proches de personnes souffrant de troubles psychiques. Pour ces 4,5 millions de personnes en France, c'est souvent la double peine : aux difficultés que rencontrent tous les proches aidants s'ajoute la stigmatisation qui pèse sur les troubles et le handicap psychiques. Un excès de morbidité physique et psychique est observé chez les aidants d'usagers souffrant d'un trouble psychique en comparaison avec les aidants de proches souffrant d'autres pathologies chroniques et les non-aidants.

Or, les aidants contribuent à l'accompagnement pour l'autonomie et sont des acteurs indispensables du maintien au domicile. Les soutenir, les accompagner et leur proposer des temps de répit, c'est participer à leur qualité de vie et à la possibilité pour la personne aidée de rester à domicile. C'est aussi prendre en compte et contribuer à atténuer, autant que possible, la rupture dans la vie des aidants que peut occasionner la survenue du handicap et/ou de la dépendance de la personne aidée.

Bénéfices de la psychoéducation à destination des aidants

Une intervention **didactique** et **thérapeutique** visant à

- délivrer de l'information aux aidants sur le trouble psychiatrique
- promouvoir les capacités pour y faire face

Un bénéfice indirect sur les patients

La **psychoéducation familiale** est l'intervention la plus efficace après les traitements médicamenteux

Amplitude d'effet sur la prévention de la rechute identique à celle des traitements médicamenteux

McFarlane, 2002
Pilling et al., 2002
Sin and Norman, 2013

Un bénéfice direct sur les aidants

- Réduction du fardeau ressenti par les familles
- Réduction de la symptomatologie dépressive
- Réduction du nombre de jours d'arrêt de travail
- Amélioration du fonctionnement familial
- Meilleur recours aux ressources disponibles

Ma et al., Early Intervention in Psychiatry, 2018
Valladier et al. Encéphale, 2016

Le CHDV s'est emparé de ce sujet à travers trois programmes psychoéducatifs d'aide aux aidants portés et proposés par le C2R. En 2021, ont été formées :

- **BREF** : 35 personnes (de 25 familles différentes)
- **AVEC** : 13 personnes (de 9 familles différentes)
- **PROFAMILLE** : 8 personnes, toutes de familles différentes.



¹ Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (2011), « Manifeste du CIAAF pour la défense de l'aidant familial non professionnel »; CNSA. Accompagner les proches aidants, ces acteurs « invisibles ». Paris : CNSA, 2012. Le guide de l'aidant familial utilise également une définition similaire : Ministère de la santé et des solidarités. Guide de l'aidant familial. 3e éd. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2011.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les éléments présentés ci-dessus nous amènent au constat que trop peu d'aidants bénéficient de l'aide, de la formation, du soutien et du répit nécessaires à une bonne qualité de vie pour eux et leur proche.

L'entourage a besoin de comprendre pour mieux accompagner, a besoin d'être formé et d'être soutenu pour garder espoir et protéger sa propre santé.

Si l'accompagnement est au rendez-vous, l'entourage peut alors retrouver sa place dans une solidarité familiale équilibrée.

Pour atteindre cet objectif, le CHDV va déployer les deux axes opérationnels suivants :

1. Déployer et communiquer sur les programmes d'aide

Le CHDV va informer les équipes de l'intra sur la nécessité de communiquer sur l'existence de ces programmes à tout proche d'un primo-arrivant.

Dans les structures extra, depuis 2021, le C2R propose aux professionnels de se former au programme BREF, de manière à ce qu'ils puissent eux-mêmes proposer ce programme aux aidants des personnes suivies en ambulatoire.

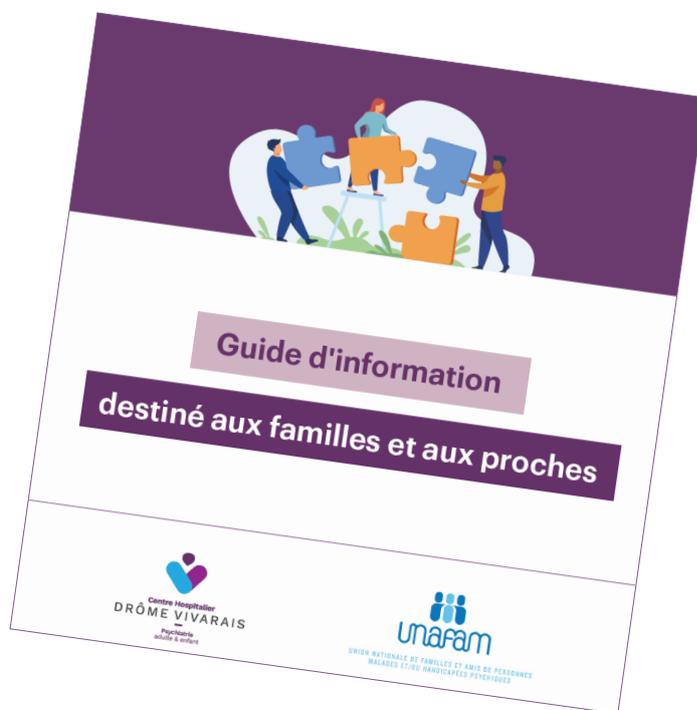
La formation est également ouverte aux partenaires. Le C2R a formé **23 personnes** au programme BREF (extrahospitalier des trois pôles + UNAFAM).

Le CHDV doit donc poursuivre les efforts pour inciter les aidants à participer à l'un des programmes d'aide et **former davantage de personnels et de partenaires** afin de répondre à la demande qui devra augmenter.

2. Mettre à disposition un livret d'accueil des familles

Comme préconisé dans le PTSM 26, l'UNAFAM travaille actuellement sur la création d'un livret à destination des familles et des proches ayant une personne de leur entourage souffrant de troubles psychiques. Il viendra compléter le livret d'accueil actuel en y renseignant notamment les programmes d'aide proposés par le C2R ainsi que les partenaires ressources.

Le CHDV veillera à la disponibilité de ces livrets au sein de chaque structure et en communiquera l'existence à l'ensemble du personnel.



INDICATEURS

- Suivre le nombre de personnes inscrites/programmes d'aide
- suivre le nombre de livrets récupérés/distribués.

DÉVELOPPER DES OUTILS D'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE

Déployer le plan de prévention partagé

CONTEXTE

Le Plan de Prévention Partagé (PPP) consiste en des **instructions écrites, données à l'avance** par une personne consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. L'objectif du PPP est de permettre à un patient d'exprimer par **anticipation** ses demandes concernant sa prise en charge future, s'il devait traverser une nouvelle décompensation et se trouver dans l'incapacité de donner son consentement. De surcroît, il s'agit aussi d'identifier — et d'aider le patient à identifier — les signes précurseurs de rechute, afin d'initier, d'une part, une prise en charge la plus précoce possible et, d'autre part, une aide à verbaliser autour de la maladie et de ses conséquences dans sa vie.

Le plan de prévention partagé permet de donner des informations concernant :

- **Les médicaments**

« si je suis agité, surtout pas de Loxapac, ni Tercian ! Juste un Xanax 0,5...ça me calme facilement ! »

- **Les instructions non médicales**

« j'aimerais pouvoir peindre...quand je vais mal...ça m'aide...si vous pouviez m'autoriser à avoir mes pinceaux et une ou deux toiles vierges dans ma chambre...même si je suis agité ou « délirant » »

- **La(es) personne(s) ressource(s), chargée(s) de prendre les décisions pour le patient**

« si je suis hospitalisé, vous demandez à Jean-Michel d'aller donner à manger à mes lapins ! Je ne serai peut-être pas en état de vous le dire »

Le PPP concerne particulièrement les patients souffrant de pathologies avec bouleversement du champ de conscience :

- troubles bipolaires
- troubles psychotiques (décompensation schizophrénique, états délirants aigus).

Des travaux (notamment Khazaal et Al, 2009) ont montré les bénéfices obtenus avec la mise en place de PPP tant du point de vue des hospitalisations (moins nombreuses, plus courtes, moins souvent sous contraintes) que du bien-être du patient (auto-détermination) et de la qualité de travail pour les équipes (soulagement, satisfaction sur les capacités d'auto guérison/créativité des personnes). Il apparaît également un plus faible coût global du suivi par patient : dépenses de 10 616 dollars par patient bénéficiant d'un PPP (JCP : join crisis plan en Grande-Bretagne) pour les 15 mois de suivi, contre 12 217 dollars par patient dans le groupe témoin (Flood, 2006).

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le projet est organisé autour de deux stratégies :

1. Structurer la démarche d'élaboration d'un plan de prévention partagé au sein du CHDV

Les équipes du CHDV ont d'ores et déjà constitué un corpus de documents et d'outils permettant de structurer la démarche d'élaboration d'un plan de prévention partagé. La démarche de réalisation d'un PPP a été formalisée.

En fin d'hospitalisation, comme dans le cadre d'un suivi ambulatoire (CMP, CATT, HDJ), une rencontre patient/IDE est planifiée pour l'élaboration du PPP avec la possibilité d'inclure, de façon souple, pair aidant et/ou médecin et/ou autres personnes que le patient souhaite inclure). L'infirmier(ère) se saisit de lui-même (pas de nécessité d'une prescription médicale), mais il peut y être invité par l'équipe (notamment médicale).

Le suivi et l'ajustement du PPP doivent être prévus. En effet, il y a un intérêt à revenir dessus régulièrement lors des entretiens IDE (occasion de l'actualiser).

2. Déployer le PPP sur l'ensemble de l'établissement

Concernant le déploiement du PPP sur le CHDV, il est proposé de réaliser une montée en charge progressive en commençant par le pôle centre. Une journée de formation, conférence, information et échanges s'est tenue début 2022.

Sur le second semestre 2022, une présentation aux équipes sera réalisée par le Dr Martin, Mme Méchain, M. Marrec et le Dr Péneau. Les premières expériences sont attendues dès la rentrée de septembre 2022.

En amont d'une extension sur l'ensemble des pôles, un retour en CME sera organisé. La journée de conférence/partage expérientiel de février 2022 (évoquée ci-dessus) pourrait être renouvelée tous les ans pendant trois ans pour accompagner les équipes des autres pôles.

Des points réguliers faits par les cadres de santé avec leurs équipes sur la mise en place du PPP sont à programmer.

INDICATEURS

- Nombre de PPP mis en place/formalisés, avec le profil des patients
- nombre de PPP existants utilisés.

DÉVELOPPER DES OUTILS D'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE

Généraliser les réunions soignant-soigné

CONTEXTE

La finalité du projet est de mettre les patients au centre de leur prise en charge, de les considérer comme des sujets, de les aider à être acteur de leurs soins, même pour des patients soignés sans leur consentement. La prise en compte du groupe permet de donner du poids à leur parole et à leurs éventuelles revendications.

La réunion soignant-soigné est un élément décisif du dispositif de soin, afin que la parole des patients soit prise en compte par l'institution ; il s'agit de ne pas restreindre le soin à la relation patient/médecin.

D'après Jean OURY : « Les réunions avec les patients permettent de recueillir leur savoir sur l'institution, de les impliquer dans l'organisation des soins, et de mettre à plat les conflits ».²

Le CHDV a l'expérience de cette pratique. Une enquête réalisée à l'occasion de ces travaux a identifié quatre unités offrant d'ores et déjà une réunion soignant-soigné, quatre en cours de réflexion et deux vont démarrer en novembre 2022. Les groupes sont ouverts. Les animateurs sont essentiellement des infirmiers(ères) et aides-soignants(tes), un ou deux par groupe. Les éléments sont repris en synthèse ou à d'autres moments et sont tracés dans le DPI. La fréquence varie de une fois par semaine à deux fois par mois. On note que ce sont principalement les unités dites « fermées » qui utilisent cet outil.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les éléments qui paraissent indispensables pour structurer et mettre en place un espace de parole approprié sont les suivants :

1. Les thèmes à aborder

Les points à aborder peuvent être proposés à dessein par les professionnels en fonction des problématiques du moment et aborder des questions d'organisation, mais aussi proposés par les patients après avoir recueilli leurs desideratas et ce, d'une réunion à l'autre.

Un support peut également être mis à la libre disposition des patients pour qu'ils puissent noter les points qu'ils souhaiteraient aborder.

La vie quotidienne en communauté à l'hôpital offre un large éventail :

- le vécu de l'hospitalisation
- la maladie, les soins, les traitements, etc.
- le vécu des soins et de l'organisation de ceux-ci
- les obligations et les droits des patients, notamment tout ce qui est en lien avec les soins sans consentement et les différentes modalités d'hospitalisation, les recours, les RDV JLD
- l'hôtellerie, les repas, les horaires, etc.
- la disponibilité des soignants
- les activités proposées dans le service
- l'accès à l'information en général, des points du règlement intérieur, etc.

2. Définir le cadre de la réunion

Le cadre de la réunion doit être défini par l'équipe et faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire. Il doit définir les limites et le champ du contenu des échanges qui doivent se restreindre à tout ce qui touche à la vie en communauté. Il faut éviter, par exemple, de laisser les échanges aller sur des problématiques personnelles qui font l'objet d'entretiens individuels. La durée est de 30 minutes à une heure maximum. L'espace est important : il faut choisir un lieu et définir l'aménagement de l'espace.

La fréquence est d'une à deux fois par mois, toutes les catégories professionnelles peuvent participer.

Un compte-rendu de chaque séance accessible aux patients doit être rédigé et doit inclure les décisions prises le cas échéant ainsi que les propositions issues de la réunion.

3. Créer un espace de parole

Les principes de cet espace de parole sont la non exclusion, la liberté de parole, avec une seule limite, le respect de l'autre, un temps de reprise en post groupe. Il n'est pas proposé, à ce stade, d'ouvrir le groupe à la famille du patient, bien que cela puisse s'entendre dans certains types de réunions soignant-soigné.

DÉVELOPPER DES OUTILS D'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE

Diminuer le recours aux soins sans consentement

CONTEXTE

Les soins psychiatriques libres sont la règle générale³, ce régime de soins est privilégié chaque fois que l'état de santé du patient le permet et représente, en 2018, 80% des hospitalisations.⁴

Les données nationales du RIM-P⁵ indiquent que la Drôme dispose d'un taux de recours aux soins sans consentement supérieur de 46% à la moyenne nationale.

Une analyse plus fine par zone d'intervention des établissements de santé et par zone de soins de proximité met en exergue que la surconsommation de soins sans consentement est principalement polarisée sur la ville de Valence avec un taux de recours de 171 journées pour 1 000 habitants de 18 ans et plus, soit un écart de 133% par rapport à la moyenne nationale.

Entre 2018 et 2020, le volume de soins sans consentement en journées d'hospitalisation à temps complet a diminué de 1% au plan national vs 6% au CH Drôme Vivarais. Si ce fléchissement est encourageant, il est encore insuffisant.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Deux orientations stratégiques sont identifiées : la première sur l'amélioration de l'articulation entre les urgences et le CHDV, la seconde sur l'augmentation des admissions en soins libres.

• Développer les formations et les échanges sur les soins sans consentement :

Le recours important aux soins sans consentement est probablement en partie lié à des habitudes de travail.

Un changement « culturel » est nécessaire pour pouvoir faire diminuer les soins sans consentement. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place des temps de formation sur la réglementation et des temps d'échange entre médecins sur les situations ayant conduit à un soin sous contrainte.

• Favoriser l'admission en soins libres, même lorsque l'adhésion du patient aux soins est fragile :

Cela nécessite de permettre la transformation d'un soin libre en soins sans consentement lorsque la situation du patient le nécessite. Lorsque le patient est en grande fragilité, l'admission en soins libre peut être vécue comme une prise de risque par l'équipe médicale et soignante. Une faible adhésion aux soins peut conduire le patient à sortir trop rapidement et à se mettre en danger. Pendant une hospitalisation en soins libre, il peut arriver qu'un patient veuille sortir alors que son état psychique lui fait courir un péril grave et imminent, ou soit dangereux pour autrui. Il est alors nécessaire que l'équipe médicale puisse transformer le soin libre en soins sous contrainte.

Pour l'instant, cela ne se fait que rarement car cela nécessite un passage par les urgences, chronophage et difficile à organiser pour un patient en crise.

Un travail doit être conduit pour permettre à l'établissement de mobiliser une modalité de soins à la demande d'un tiers ou de soins pour péril imminent.

• Diminuer la durée des soins sous contrainte en transformant les soins sous contraintes en soins libres dès que l'état du patient le permet :

On constate que le patient entré en soins sous contrainte reste sous cette modalité de soins une grande partie de son séjour. Une réévaluation de sa situation de manière plus régulière et plus critique pourrait permettre de d'augmenter la part des journées réalisées en soins libres.

• Faciliter l'admission en soins libres :

Lorsque l'admission en soins libres est possible, l'équipe de régulation infirmière doit pouvoir orienter facilement le patient sur les unités territoriales (de préférence ouvertes).

40% des lits du CH Drôme Vivarais sont en unités fermées (25 par pôle + UEAO = 97 lits pour 240 lits pour adultes). Les unités fermées accueillent une majorité de soins sans consentement (environ 80%). Il semble difficile d'ouvrir toutes les unités.

Des solutions sont à étudier pour permettre aux patients en soins libres hébergés en unité fermée, d'aller et venir le plus simplement possible. Les unités fermées et prioritairement les unités territoriales, deviendraient alors « ouvrables ». Enfin, le développement d'offre de soins intensifs ambulatoires en alternative à l'hospitalisation (cf. projet Escal) devrait aussi permettre de limiter le recours aux soins sans consentement.

• Diminuer la part des admissions réalisées suite à un passage aux urgences :

Les équipes des urgences connaissent moins bien les patients que les équipes des CMP. De ce fait, le passage par les urgences peut induire un plus grand recours à l'hospitalisation sous contrainte.

Un accueil infirmier non programmé est possible dans chaque structure ambulatoire de l'établissement. Cependant, cette modalité est peu connue et les patients sont parfois orientés, à tort vers les urgences. Ce point est développé dans la fiche sur le positionnement des CMP comme pivot de l'offre de soins.

INDICATEURS

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Proportion de journées en Soins Sans Consentement (SSC) / total des journées réalisées	43%	42%	33%	30%	30%	30%
Nombre de patients reçus en Soins Sans Consentement (SSC) pour péril imminent	444	≤ 400	≤ 340	≤ 300	≤ 300	≤ 300
Convention urgences CHV-CHDV		X				

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

⁴ Chiffres clés de la psychiatrie par ATIH à partir des données issues du Rim-P 2018, chiffres arrondis au millier près, juin 2019

⁵ Proposition d'une maille géographique adaptée à la psychiatrie pour restituer des indicateurs de recours aux soins : 7 journées pour 1 000 habitants de 18 ans et plus en Drôme pour une moyenne nationale à 73 en 2018.

DÉVELOPPER DES OUTILS D'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE

L'isolement et la contention : changer de regard et transformer nos pratiques

CONTEXTE

La mise en chambre d'isolement illustre toute la complexité du travail en santé mentale. Souvent associée à la violence, accentuée par une représentation sociale très négative, elle reste un acte difficile pour les équipes soignantes elles-mêmes. Cette pratique combine le plus souvent la sécurité, le questionnement éthique, mais également une mesure restrictive de liberté susceptible de porter atteinte à la dignité de la personne soignée.

De nombreuses études soulignent que « la détérioration de l'état mental des patients isolés, l'exacerbation de la symptomatologie psychiatrique et les sentiments vécus par les personnes mises en chambre d'isolement incitent à remettre en question cette pratique et à rechercher d'autres moyens ».

Dans les prochaines années, un **programme de soins intensifs permettant de prévenir les situations de crise** et d'éviter les isolements doit être déployé.

OBJECTIFS POURSUIVIS

L'ensemble du projet concerne toutes les équipes intervenant au sein d'unités d'hospitalisation disposant de chambres d'isolement. Pour permettre la mutation de ce que sont actuellement les pratiques reposant sur l'isolement et la contention vers une prise en charge permettant une prise en soins intensive du patient, trois axes d'accompagnement sont proposés :

1. Formation des professionnels

Clé de voute du projet, la formation de l'ensemble des professionnels concernés aux pratiques de soins intensifs en psychiatrie a vocation à s'inscrire de façon pérenne au plan de formation parallèlement aux thématiques déjà présentes de gestion de l'agressivité et de désescalade.

2. Protocolisation des prises en soin

Il s'agit de poser le cadre méthodologique à l'évolution des pratiques sur la base d'une démarche pluriprofessionnelle et interéquipes. Les composantes sur lesquelles devront porter la protocolisation de la prise en charge intensive :

- Missions/activités/tâches et complémentarité des différents métiers/professionnels
- Chronogramme type de prise en soin du patient
- Référentiels outils et grilles d'évaluation
- Modalités d'intégration des outils déjà déployés :
 - Espaces dédiés type espace d'apaisement (projet UAEO 2022) et espaces Snoezelen
 - Plan de prévention partagé.

L'objectif est de produire un cadre de pratiques élaboré de façon consensuelle, construit sur la base d'expériences validées et publiées, et ayant vocation à être implémentées au sein de l'ensemble des unités concernées.

3. Adaptation du cadre architectural

L'évolution du cadre architectural pourra être envisagée en deux temps :

- Intégration des nouvelles modalités de prises en soin dans le cadre existant pour initier la transition des pratiques sans délai et nourrir la réflexion sur les évolutions nécessaires
- Adaptation des locaux aux pratiques validées et aux besoins définis.

CALENDRIER

Les trois objectifs proposés sont compatibles avec l'amorce sans délai de la transition en implémentant les volets formation des professionnels et protocolisation des pratiques, ceux-ci ayant vocation à alimenter la réflexion qui précédera la réalisation architecturale.

Objectif	2022	2023	2024	2025	2026
1. Formation	X	X	X	X	X
2. Protocolisation	X	X			
3. Cadre architectural		X	X	X	X

INDICATEURS

- Indicateurs institutionnels de suivi de l'isolement et de la contention
- ratio prise en charge intensive/isolement-contention.

DÉVELOPPER DES OUTILS D'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA PRISE EN CHARGE

Évaluer la satisfaction des usagers dans le secteur enfant ado et jeune

CONTEXTE

L'évaluation de la satisfaction de l'utilisateur et/ou des partenaires dans le cadre des soins psychiques proposés par le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHDV reste à ce jour une zone d'ombre qui recoupe plus largement la difficulté d'évaluer les soins psychiques en pédopsychiatrie : capacité de l'enfant ou de l'adolescent à se déterminer, dimension subjective de l'évaluation en lien avec la forte charge émotionnelle associée à un soin de l'enfant, difficulté d'objectivation des critères en ce qui concerne les soins psychiques et leur évaluation...

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le secteur enfant, adolescent et jeune envisage d'améliorer le parcours des patients en proposant des actions de différente nature :

1. Améliorer la prise en charge proprement dite

L'amélioration de la prise en charge passe d'abord par la **formalisation des objectifs et des étapes du soin** avec l'utilisateur et ses représentants légaux, les partenaires dans une « co-construction » du soin et de ses étapes. Cette co-construction doit déterminer la ligne directrice du soin en direction d'un enfant ou d'un adolescent sous la responsabilité du médecin de l'unité fonctionnelle. Il faut ensuite définir **les relais éventuels et leurs modalités entre les différentes structures de soins** (hôpitaux de jour, CMP, CATTP, hospitalisations temps plein, voire entre différents CMP). Cette étape doit être l'occasion de réinterroger les soins et la nécessité de leur poursuite. À toutes les étapes de la prise en charge, l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent à la proposition de soin sera recherchée.

La prise en charge passe aussi par l'articulation avec le médecin traitant. Les équipes veilleront à la transmission à l'autorité légale de l'enfant et au médecin traitant désigné par la famille d'un compte-rendu d'hospitalisation systématique (hospitalisation temps complet et hospitalisation de jour) ainsi que dans certaines prises en charge longues et pluridisciplinaires.

2. Améliorer l'organisation des soins

Pour améliorer la prise en charge décrite précédemment, en plus du travail sur les relais éventuels des différentes structures de soins, il s'agira de **mesurer les délais d'attente à un premier rendez-vous** par unité fonctionnelle, ainsi qu'entre deux rendez-vous par corps professionnel par l'intermédiaire d'enquête flash une fois par an. Cette étude doit permettre de soutenir l'évaluation des moyens disponibles en pédopsychiatrie et de leur adéquation aux besoins de la population. En parallèle, **l'organisation du traitement des nouvelles demandes**, propre à chaque unité fonctionnelle, notamment en ce qui concerne les urgences et les situations prioritaires sera précisée.

3. Renforcer l'évaluation des pratiques

Pour évaluer l'adéquation du projet aux besoins et permettre son ajustement en tant que besoin, **un questionnaire de satisfaction** propre à l'hospitalisation temps plein d'une part, aux hôpitaux de jour, et enfin aux CMP-CATTP est prévu.

Ces questionnaires comporteront un nombre limité de questions (environ 10), jugées pertinentes, et permettant une action concrète d'amélioration. Il sera proposé dans chaque unité fonctionnelle. Il est envisagé d'adresser 20 ou 30 questionnaires par an, choisis au hasard (soins en cours ou récemment terminés) à partir des données fournies par le DIM (N° NIP anonymes).

Enfin, l'enquête pourrait se dérouler de façon annuelle au mois de juin de chaque année en reprenant des dossiers établis depuis le mois de janvier de la même année. Les questionnaires seraient construits en lien avec la cellule qualité de l'établissement qui serait destinataire des résultats et de leur traitement avant d'être soumis au bureau de pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et partagés avec les unités fonctionnelles respectives dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge.

INDICATEURS

- Traces écrites des objectifs et de l'intérêt de la poursuite des soins dans le dossier patient (HTC et HDJ), ainsi que dans les prises en charge longues et multidisciplinaires (supérieures à un an)
- traces du courrier de liaison aux familles et médecin traitant dans les dossiers HTC, HDJ et CMP concernés
- mesure des délais d'attente par des enquêtes flash annuelles
- vérifier la présence d'un logigramme définissant le traitement des demandes par l'UF concernée, adapté pour fournir un délai d'attente acceptable et prenant en compte les urgences et situations prioritaires
- questionnaires de satisfaction par structure, au terme d'un travail de réflexion pour la définition des critères pertinents.



PRENDRE SOIN



I. DÉVELOPPER NOS ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION	21
1.1 Développer les hôpitaux de jour de crise	21
1.2 Développer les autres alternatives à l'hospitalisation temps plein	22
II. DÉVELOPPER UNE OFFRE POUR PRÉVENIR LE SUICIDE ET SOIGNER LES PSYCHOTRAUMATISMES	23
2.1 Déployer des outils de prévention du suicide	23
2.2 Développer une offre de soins pour les psychotraumatismes	25
III. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE	27
IV. POSITIONNER LE CMP COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS EN AMBULATOIRE ...	29
4.1 Encourager et développer « l'aller-vers »	29
4.2 Développer les équipes mobiles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	30
4.3 Développer l'équipe mobile premier épisode sur l'ensemble du territoire	31
4.4 Développer l'offre de réhabilitation dans les CMP	33
4.5 Garantir des délais raisonnables d'accès aux rendez-vous	35
V. DÉVELOPPER LA E-SANTÉ	36
VI. CONSTRUIRE DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE	37
6.1 Améliorer la coordination entre les secteurs intra et extra	37
6.2 Améliorer les liens entre les secteurs adultes et enfants	38
6.3 Définir le parcours de soins des personnes âgées	39
6.4 Définir le parcours de soins pour les personnes atteintes d'addiction	41
6.5 Structurer la filière de soins dans l'autisme de l'adulte	43
VII. AMÉLIORER LA SANTÉ SOMATIQUE DES PATIENTS	44
VIII. POURSUIVRE LA DYNAMIQUE DE PRISE EN CHARGE À LA MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE	46

DÉVELOPPER NOS ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

Développer les hôpitaux de jour de crise

CONTEXTE

Les HDJ sont définis théoriquement comme des alternatives à l'hospitalisation temps plein, dans une optique de proximité géographique avec le domicile des patients. Ces dernières années, les HDJ ont vu leur rôle évoluer et se renforcer avec le développement de l'offre ambulatoire.

Actuellement, le CHDV dispose de 99 places d'HDJ réparties sur tout le territoire, essentiellement à visée polyvalente.

En 2019, avec un peu plus de 18 000 journées, le taux d'occupation des HDJ était de 72%, pour 500 patients, soit une durée moyenne d'hospitalisation de 37 jours (les années 2020 et 2021 sont trop impactées par la pandémie de Covid-19 pour être représentatives). Les constats suivants peuvent être faits quant au fonctionnement actuel des HDJ :

- sur les pôles territoriaux adultes, il existe des rencontres pluridisciplinaires hebdomadaires entre les équipes d'intra et les équipes d'extra (sur les pôles nord, centre et sud)
- il y a une augmentation des demandes d'orientation en HDJ depuis les CMP
- les équipes HDJ sont essentiellement composées d'IDE et gagneraient à avoir des compétences plus diversifiées
- des durées de séjour trop longues peuvent générer un risque de chronicisation des patients
- les pratiques professionnelles en HDJ sont parfois très proches de ce qui est fait en CATTP
- l'absence de repérage d'un interlocuteur la nuit pour les patients suivis en HDJ, peut générer des passages aux urgences

L'objectif principal d'un HDJ est d'éviter ou de limiter la durée de l'hospitalisation à temps plein.

Il est envisagé d'utiliser l'HDJ :

- en amont de l'hospitalisation temps plein, comme un outil de gestion de la crise tant chez des primo (patients non connus) que chez des patients connus (utilité du plan de prévention partagée), à partir du CMP ou des urgences
- en aval de la crise et de l'hospitalisation temps plein (éviter la chronicisation des symptômes) comme un véritable outil de rétablissement.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Un travail de redéfinition des missions et organisations des HDJ spécifiques à la crise doit être mené, permettant ensuite de déployer cette nouvelle modalité sur l'ensemble du territoire.

1. Redéfinir les missions des HDJ et accompagner l'évolution des pratiques

Cet axe stratégique se décline en deux orientations opérationnelles :

Redéfinir les missions

L'objectif est de définir le type de patients accueillis en HDJ de crise, la fréquence d'accueil, et les programmes de soins à mettre en œuvre en trouvant une synergie de fonctionnement entre les différents dispositifs d'accueil et de soins (CMP, Urgences, UTP). Cette redéfinition permettrait de réaliser une différenciation plus nette entre CATTP (profil de patients au long cours) et HDJ (prise en charge plus soutenue et individualisée, pluridisciplinarité accrue de l'équipe).

Accompagner l'évolution des pratiques

Pour les cinq prochaines années, il est proposé de développer la culture et la formalisation des projets de soins (évaluation, définition d'objectifs, réévaluation), en s'appuyant sur une présence médicale renforcée dans les HDJ de crise.

L'utilisation de guide d'évaluation (bilan de vie quotidien, bilan éducatif partagé, PPP, ELADEB, évaluation psychomotrice, ...) sera favorisée, afin de mieux cibler les besoins du patient et ses demandes, ses potentialités et d'adapter l'offre de soins.

Les aidants et les proches seront associés pour favoriser l'inclusion sociale du patient et la continuité de la prise en charge.

Il est proposé de mettre en place des activités thérapeutiques en dehors des sites, dans la cité.

Enfin, les échanges/rencontres professionnels seront promus par des journées inter-HDJ (au sein du CHDV et avec l'extérieur) afin de partager et enrichir les pratiques professionnelles.

2. Développer l'offre de soins d'HDJ de crise

Le développement de l'offre pourrait se traduire par la **création d'équipes mobiles à partir des HDJ**. Leur mission serait de réaliser des **VAD le week-end** pour les patients en crise (à adapter en fonction du contexte : territoire urbain ou non). En complément, autour de ces situations de « crise », il est proposé d'instaurer une **permanence téléphonique de nuit à partir de l'intra**.

Sur Valence, un HDJ de crise a déjà ouvert ; sa mission doit être évaluée et renforcée. Sur Romans et Crest, il est proposé de créer des places d'HDJ de crise au sein d'un hôpital de jour polyvalent. Ces places ont vocation à réaliser des séjours de 15 jours réévaluables.

Un déploiement des effectifs accompagnera le développement de l'offre dans une recherche d'une plus grande pluridisciplinarité au sein de l'équipe (IDE, psychologue, psychomotricien, éducateur spécialisé, ASS).

INDICATEURS

	2019	2022	2023	2024	2025	2026
% de projet de soins (quick audit)						
Taux d'occupation	72%	80%	90%	95%	100%	100%
Nombre de patients	500	600	700	800	1 000	1 000
Volume d'ETP	48	53	60	63	67	67

DÉVELOPPER NOS ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

Développer les autres alternatives à l'hospitalisation temps plein

CONTEXTE

L'hospitalisation complète est une modalité de soins qui peut être nécessaire aux patients à certains moments de leur pathologie. Néanmoins, le fonctionnement institutionnel peut aussi être vécu de manière traumatisante et/ou infantilisante. De plus, une durée d'hospitalisation trop longue peut favoriser une chronicisation des personnes dans leur maladie. Il est donc important qu'une palette de modalités de soins puisse être proposée.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le CHDV se donne pour ambition de développer les alternatives à l'hospitalisation complète sur les cinq prochaines années en suivant les trois axes suivants :

Développement des places en appartement de réhabilitation

Le CHDV offre déjà des possibilités de logements accompagnés. Ces appartements permettent à des personnes de bénéficier d'un logement autonome, accompagnés par une équipe de soins, de manière à réapprendre les gestes de la vie quotidienne. Il s'agit d'aider les personnes à accéder à plus d'autonomie, notamment dans l'accompagnement au « savoir habiter ».

L'offre actuelle est la suivante :

- Romans : deux appartements de 5 places
- Valence : trois appartements de 7 places.

Les appartements actuels ont permis de valider la pertinence du dispositif. Les personnes qui y sont accueillies y restent entre 6 et 18 mois et arrivent, pour la plupart, à évoluer ensuite vers un logement autonome. L'ambition est donc de **développer des places d'appartements accompagnés à Crest, Tournon et St Vallier (deux ou trois places par bassin de population)**.

De plus, il apparaît nécessaire de développer des places d'appartements accompagnés sur le site de Montéléger.

En effet, un certain nombre de patients sont trop fragiles pour bénéficier d'un logement accompagné en ville et nécessitent de pouvoir passer par une étape intermédiaire. **L'ambition est de créer dix places en appartement en intra à l'horizon 2027.**



Création de places en appartements thérapeutiques

Les appartements thérapeutiques sont destinés à des personnes dont le suivi ambulatoire n'est pas possible, mais qui peuvent s'inscrire dans un lieu de soins plus ouvert, et moins contraint que l'hospitalisation complète. Il s'agit d'une modalité d'accueil plus souple que l'hospitalisation complète, mais où la densité de soins peut être importante et où la continuité des soins doit être assurée 24h/24 et 7 jours sur 7. Pour l'instant, le CHDV ne dispose pas de ce type de structure. **Une demande d'autorisation à l'ARS doit être déposée.**

L'ouverture de ce type de structure pourrait se faire par la fermeture de lits d'hospitalisation complète et le redéploiement des moyens.

Développement des places en accueil familial thérapeutique

L'accueil Familial Thérapeutique a pour but la poursuite d'un traitement de certains malades stabilisés, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif stable, en vue de restaurer leurs capacités relationnelles et d'autonomie. L'accueil familial thérapeutique représente une alternative à l'hospitalisation dans un cadre plus souple.

Pour certains patients, l'accueil familial thérapeutique peut représenter une étape vers un projet de logement plus autonome. Pour d'autres patients, l'accueil familial thérapeutique pourra conduire vers un accueil plus pérenne dans le cadre d'un accueil familial social.

Le CHDV dispose actuellement de places en AFT sur le nord du territoire. **L'objectif est de développer ce type d'accueil sur le secteur de Valence et le sud du territoire.**

DÉVELOPPER UNE OFFRE POUR PRÉVENIR LE SUICIDE ET SOIGNER LES PSYCHOTRAUMATISMES

Déployer des outils de prévention du suicide

CONTEXTE

En près de quatre décennies, le taux brut de décès par suicide pour 100 000 habitants a baissé en Drôme de 48% et en France Métropolitaine de 36%⁶. Néanmoins, en Drôme, en 2017, 58 personnes sont décédées par suicide (47 hommes et 11 femmes).

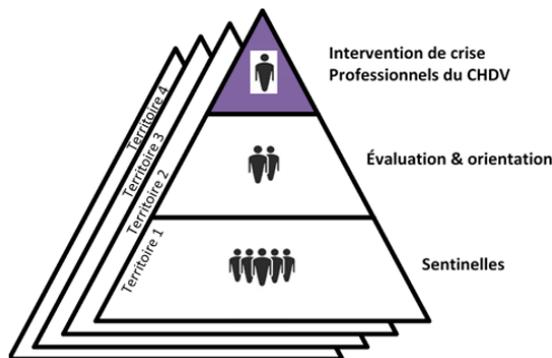
OBJECTIFS POURSUIVIS

Les actions envisagées pour prévenir le suicide sont les suivantes :

1. Développer la formation au sein du CHDV

Il est proposé de déployer sur la zone d'intervention du CH Drôme Vivarais la stratégie multimodale de prévention du suicide telle que définie au sein de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie et déclinée au sein de chaque région. Cette stratégie s'appuie notamment sur un axe formation, Les formations autour de la prévention du suicide ont évolué ces dernières années. La nouvelle approche se déploie en trois niveaux de compétences :

- Sentinelle : former au repérage de personnes suicidaires
- Évaluation – orientation : former en s'appuyant sur l'UDR à l'évaluation du potentiel suicidaire et à l'orientation vers le dispositif de soins adaptés, dans un délai adapté.
- Intervention de crise : former à la prise en soins de la crise suicidaire, technique de thérapie brève.



Le déploiement de ces formations est confié à l'IREPS. Les personnels du CHDV sont concernés par le niveau « intervention de crise ». Une collaboration étroite avec l'IREPS sera donc instaurée pour sélectionner les agents concernés dans leur pratique quotidienne à l'intervention de crise dans un souci de maillage territorial.

2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques

L'organisation des soins tend vers la mise en place d'un parcours patient homogène pour tous les patients du territoire en précisant les **champs d'intervention des différents structures** (service d'urgence, CMP, HDJ, hospitalisation complète).

Ce parcours de soins tiendra compte des particularités inhérentes aux organisations polaires.



Par ailleurs, l'utilisation de l'**outil de cotation du risque suicidaire UDR** (Urgence, Dangereux, Risque) sera promue afin de fluidifier le parcours des patients suicidaires et de tendre vers l'harmonisation des orientations.

Un groupe de travail ad hoc sous l'égide de l'UCOVIRIS insiste sur l'utilisation de l'UDR au niveau institutionnel.

Dans la continuité de ce groupe, des formations brèves pourront être proposées au sein des services de soins pour présenter le dispositif de prévention et de postvention du suicide et préciser le rôle de chacun (remplissage des grilles UDR et Vigilans).

3. Développer une stratégie globale de postvention

Déployer le programme de rappel des suicidants Vigilans

Il s'agit d'une stratégie de postvention qui s'adresse à tous les suicidants (sujets ayant fait au moins une tentative de suicide). Cet objectif vise à déployer Vigilans 3114⁷ sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de tendre vers une proposition systématique du dispositif à tous les suicidants. En appui avec l'équipe Vigilans de Lyon, le programme doit être mis en place au niveau des SAU (Valence, Romans sur Isère, St Vallier, Crest et Die) mais aussi des services intrahospitaliers du CHDV et peut être des structures ambulatoires.

Soutenir les personnes endeuillées ou impactées par un suicide

Il s'agit d'organiser les soins proposés aux endeuillés et personnes impactées par un suicide. En pratique, cette aide peut être apportée par les soignants des CMP et aussi par un réseau de psychologues libéraux à construire⁶. Il s'agit d'interventions non systématiques et pas toujours connues par les personnes concernées. Le premier objectif est donc de **communiquer sur les possibilités d'accueil des CMP**. L'objectif serait de formaliser **une plaquette d'information** qui serait systématiquement proposée aux endeuillés via les intervenants de premiers secours (SAMU, service de police, SDIS...). Il s'agirait d'un document unique qui regrouperait l'ensemble des numéros des CMP du territoire.

Sécuriser les hot spots

Un autre axe de la stratégie de postvention serait de travailler à la sécurisation des hot spots (lieux où des suicides ont eu lieu). Un premier objectif serait le repérage de ces hot spots en s'appuyant sur les réseaux de proximité déployés par les CMP.

Limiter l'effet de contagion

L'action consiste à promouvoir le programme Papageno qui vise à limiter l'effet de contagion suite à un suicide. Ce programme vise les **journalistes afin de les sensibiliser à la problématique du suicide** et de les guider sur la manière de traiter le sujet.

Un praticien de l'établissement pourrait se former au programme. Une communication pourrait s'organiser avec les médias locaux (Le Dauphiné, France Bleu, etc...).

INDICATEURS

	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Formation intervention de crise (IREPS) ⁸	Diois	Bassin Valentinois	Baronnies, Drôme provençale	Bassin Montilien		
Nb de fiches Vigilans complétées dans Cariatides						
Nb de hot spots recensés						

⁶ Source Inserm CépiDc (<https://www.cepidc.inserm.fr/>) moyenne de 1981 à 1983 Vs moyenne de 2015 à 2017.

⁷ <https://3114.fr/>

⁸ Remboursement des séances de psychologues en 2022 par l'assurance maladie

⁹ Nord Drôme formé sur 2021

DÉVELOPPER UNE OFFRE POUR PRÉVENIR LE SUICIDE ET SOIGNER LES PSYCHOTRAUMATISMES

Développer une offre de soins pour les psychotraumatismes

CONTEXTE

La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5) définit comme traumatogène toute situation qui implique « une mort effective, une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles » (APA, 2015, p. 320)¹⁰. Ces situations peuvent être à l'origine de pathologies post-traumatiques que sont l'état de stress aigu avant un mois et le trouble stress post-traumatique à partir de un mois après l'événement traumatogène (le TSPT toucherait entre 1 et 2% de la population¹¹).

Il existe deux versants de prise en charge des situations psychotraumatiques à prendre en considération :

- l'aigu qui impose surtout une réactivité et une vigilance de la part du milieu soignant pour éviter au mieux la chronicisation des troubles et soulager les patients
- le chronique qui nécessite, parfois, un avis médical sur-spécialisé diagnostique et thérapeutique dans des situations complexes.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs sont de renforcer l'offre de soins et l'expertise au sein du CHDV et de communiquer en interne comme auprès des partenaires. Ces objectifs vont se décliner dans les quatre orientations stratégiques ci-après :

1. Doter le CHDV d'une capacité à dépister précocement les patients psychotraumatisés pour des prises en charge rapides et consultations spécialisées réalisées par un médecin si nécessaire.

Parcours patient cible :

Adresseurs		
La secrétaire oriente la demande à l'IDE de régulation du CMP idoine.		
Situation aiguë < 1 mois		Situation chronique >1 mois
L'IDE de régulation du CMP appelle le patient pour évaluation		Indication au médecin spécialisé (sur validation médicale) pour évaluation et orientation
Pas de retentissement fonctionnel majeur	Retentissement fonctionnel majeur	Préconisation thérapeutique. Prises en charge ou non en hospitalisation (UT2) ou en ambulatoire (CMP ou libéral)
Proposition entretien IDE	Consultation médicale spécialisée (si besoin en téléconsultation)	
Rappel à 15 jours et 1 mois post-événement +/- entretien IDE		
Fait le lien avec l'adresseur et le suivi ambulatoire si existant		

L'adressage devra se faire par un guichet unique au moyen d'une boîte mail MS Santé : psychotrauma@ch-dromevivaraais.fr accessible également par nos partenaires (REMAID, CIDFF, ...).

Les informations suivantes seront demandées : identité du patient, numéro de téléphone, lieu d'habitation, suivi en cours, événement traumatique et répercussion symptomatique actuelle.

2. Étoffer l'offre de soins EMDR¹² sur le territoire en formant des personnels (psychologue ou médecin) de chaque pôle à la technique

L'adressage par le médecin des patients en besoin se ferait sur le professionnel EMDR de son pôle.

Ces objectifs s'appuient notamment sur la fiche N°13 du projet territorial de santé Drôme-Ardèche : prise en charge des troubles post-traumatiques dans la Drôme.

3. Former au psychotrauma (par un médecin, un IPA ou un IDE)

- les CMPs pour faciliter l'adressage des patients
- les médecins généralistes à la sensibilisation, au repérage et à l'adressage
- les acteurs du territoire demandeurs, urgences, associations, etc.
- au moins un psychologue par pôle à l'EMDR.

4. Communiquer

Après des CMPs, des médecins généralistes, des psychiatres libéraux, des associations, des urgences, des pompiers etc. au moyen d'une plaquette d'information, de notre site internet, du ROR¹³, de rencontres etc.

MOYENS

Pour atteindre ces objectifs, il faut consolider la ligne de consultations spécialisées avec un temps plein médical rattaché au pôle transversal sur le site de Montéleger et adossé à l'unité transversale 2.

Puis, dans une logique d'intensification du virage ambulatoire et des soins de proximité, chaque CMP pour adultes de la zone d'intervention du CHDV doit être doté de ressources infirmières supplémentaires (4 ETP au total) placées sous l'autorité fonctionnelle des pôles territoriaux et dont le temps de travail sera réparti entre une activité de secteur et une activité « psychotrauma ».

Le psychiatre spécialisé sur les psychotraumatismes, anime la communauté d'infirmiers référents notamment avec des réunions régulières.

INDICATEURS

	2023	2024	2025	2026	2027
Nombre de personnes formées	10	10	10	10	10
Nombre de consultations ¹⁴	2 300	4 700	4 700	4 700	4 700

Un code acte spécifique est à créer dans notre nomenclature pour mesurer le nombre de consultations et la diffusion de cette pratique dans nos structures de proximité (CMP).

¹⁰ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM 5 Washington: APA; 2013

¹¹ European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;(420):21-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

¹² Eye Movement Desensitization and Reprocessing, soit en français : intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires

¹³ Répertoire opérationnel des ressources : <https://ror.sante-ara.fr/ror/orientation.html>

¹⁴ 1500 actes par an pour 1 ETP médical et 800 entretiens par an pour 1 ETP infirmier. Hypothèse d'une voilure RH totalement déployée sur le 2nd semestre 2022.

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

CONTEXTE

La prise en charge médicamenteuse se décline en trois étapes qu'il convient de renforcer sur le CHDV :

- la juste prescription : un enjeu crucial pour les patients
- la dispensation : une organisation à améliorer
- l'administration.

Par ailleurs, l'amélioration de l'autonomie du patient est un enjeu complémentaire à investir car elle permet de compléter, par l'implication du patient lui-même, une prise en charge médicamenteuse plus efficiente.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Quatre axes stratégiques sont identifiés :

1. Améliorer la qualité des prescriptions

La première étape de la prise en charge médicamenteuse est la **prescription**. Celle-ci représente une exigence pour tous les médecins du CHDV et constitue un enjeu pour ce nouveau projet institutionnel.

Le renforcement d'une juste prescription va suivre deux axes : d'une part, la formation et les échanges entre pairs et d'autre part, la conciliation médicamenteuse.

Développer la formation et les échanges entre pairs

Un **groupe interne est en place au sein du CHDV** associant pharmaciens, médecins généralistes, psychiatres des différents pôles exerçant en intra et en extra. Le travail de ce groupe est centré sur des échanges de connaissances cliniques. Le travail de ce groupe doit être soutenu et développé. Par ailleurs, au niveau de chaque service, des **revues de prescriptions pluriprofessionnelles** sont à organiser. Ces groupes, constitués de psychiatres, pharmaciens, IDE vont analyser l'ensemble des prescriptions des patients de manière à en discuter la pertinence.

En parallèle, il est proposé de mettre en place des **temps d'échange entre pairs en incluant des professionnels libéraux**. Organisés dans chaque **territoire**, ces groupes d'échanges entre professionnels devront prendre en compte les spécificités locales, tant du point de vue des besoins que des réponses à y apporter.



Renforcer la conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse correspond à la vérification de la qualité des prescriptions à l'entrée et à la sortie du patient. Celle-ci est déjà en place au sein du CHDV puisqu'actuellement de l'ordre de 60 à 70 dossiers en bénéficient tous les ans. Nous envisageons une montée en charge progressive sur les cinq prochaines années. Compte tenu de la charge de travail que ce dispositif implique, dans un premier temps, les populations suivantes sont priorisées :

- les primo-admissions
- les patients âgés de plus de 65 ans.

2. Sécuriser l'organisation de la dispensation

L'objectif dans le cadre de ce projet d'établissement est d'améliorer la dispensation en intrahospitalier, mais également en extrahospitalier.

En intrahospitalier, la dispensation nominative est effective sur 70 lits, tandis qu'une dispensation reglobalisée concerne 243 lits. L'objectif est de profiter de la dynamique du projet d'établissement pour **étendre la dispensation nominative dans les unités d'intra**.

L'objectif est également d'**améliorer la dispensation en extrahospitalier avec les pharmacies de ville**. Un groupe de travail va être constitué avec les professionnels de ville. Il est attendu dans un premier temps d'identifier les attentes et les possibilités de chaque partenaire pour proposer ensuite un projet adapté aux spécificités et contraintes locales.

3. Personnaliser le mode d'administration du médicament

Actuellement, l'administration a lieu à l'office ou au moment du repas (pour les lits de médico-social).

L'objectif est de rendre possible **l'administration en chambre**.



4. Améliorer l'autonomie du patient

La dernière étape du projet à venir concerne l'autonomisation du patient. Actuellement, il y a une rupture importante entre l'hôpital et le domicile. Dans les unités, les médicaments sont distribués de manière nominative et le patient prend son traitement sous la surveillance des infirmiers. À domicile, le patient se retrouve seul avec ses boîtes de médicaments.

L'objectif est que chaque séjour comporte impérativement **un temps d'échange avec le patient sur son traitement**.

De plus, certains séjours pourraient se terminer par une période pendant laquelle le patient prend son traitement de manière autonome en intrahospitalier.

Cette autonomisation doit être protocolisée dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. Par ailleurs, une réflexion spécifique sur les prescriptions « si besoin » a été initiée et doit être poursuivie.

Enfin, la place des aidants et/ou des proches sera questionnée (quelles informations transmettre ? À quel moment du séjour ? ...).

POSITIONNER LE CMP COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS EN AMBULATOIRE

Encourager et développer « l'aller-vers »

CONTEXTE

Au cours des dernières années, le nombre de lits d'hospitalisation du territoire a diminué au profit du développement de prises en charge ambulatoires. Pour les 5 prochaines années, le CHDV se donne pour objectif de porter cette dynamique un cran plus loin en développant les soins réalisés au plus près des personnes, à leur domicile et/ou dans des espaces « normalisés » de la cité. Les VAD sont multiples et dépendent des patients, de leur pathologie et de l'orientation thérapeutique recherchée. Si la contenance apportée par les « murs » s'avère cruciale, au moins temporairement, pour le soin de certaines personnes (Sassolas, 2003), l'activité mobile peut viser différents objectifs. Jacques Hochmann leur attribue trois fonctions : « Une fonction de reconstruction du patient, une fonction d'appui pour ses proches, une fonction de médiation entre le patient et ses objets »¹⁵.

Plus largement, différents objectifs peuvent justifier le recours à la VAD :

- > une dimension d'évaluation globale, incluant une prise en compte du contexte de vie de la personne au plus près de son quotidien (gestion et état du logement, ressources, dynamique familiale)
- > une dimension « thérapeutique ».

Elle repose sur :

- des aides concrètes pour la personne par des rencontres en situation « écologique » : prise du traitement, accompagnement dans les démarches administratives, apprentissage de la gestion du traitement, appui concret dans la gestion du logement, transfert des apprentissages réalisés en réhabilitation (remédiation cognitive, TCC...)
- la possibilité, pour certaines personnes, notamment celles pour lesquelles l'adhésion aux soins est fragile, d'un espace de rencontre moins stigmatisant que les structures étiquetées de la psychiatrie (consultation au domicile, dans un café...)
- la favorisation de l'inclusion, par l'accompagnement dans certains espaces de la cité (médecine générale, loisirs, culture...)
- la réintégration à l'hôpital pour les personnes bénéficiant de programmes de soin, en rupture de traitement. Cette dimension nécessite de sécuriser davantage ces interventions (collaboration avec les forces de l'ordre notamment ou un dispositif de sécurité interne)
- un suivi intensif pour les personnes en situation de crise (les VAD s'incluent à ce moment-là dans une optique voisine de la philosophie de HAD, en lien avec les structures polaires dédiées à cette activités, HDJ de crise notamment)
- la possibilité d'un travail familial dans certaines situations où la famille se déplace peu.

Le pourcentage de la file active bénéficiant d'une VAD est au global de 10% (en incluant les équipes mobiles), mais très différent d'une structure à l'autre. Les équipes mobiles réalisent la majeure partie de l'activité de VAD. Pour les CMP de l'établissement qui réalisent des VAD, ce pourcentage varie de 1 à 53%.

OBJECTIFS POURSUIVIS

L'intérêt du soin au domicile des patients fait l'objet d'un consensus au sein du CHDV et l'établissement se donne donc pour objectif de développer ce type de soins. L'objectif au cours des cinq prochaines années est qu'une part plus importante de patients puisse bénéficier de VAD.

Afin de contribuer au développement de ces pratiques, plusieurs processus sont à développer :

1. Faire évoluer les organisations et les pratiques

Il s'agit de structurer l'organisation des VAD de manière à répondre au plus près des besoins des personnes suivies. Pour les situations aiguës, l'organisation doit permettre de répondre dans un délai court et de réaliser des VAD 7 jours sur 7. Il est proposé de développer également les VAD « virtuelles » (visio...).

2. Développer les compétences au sein du CHDV

Le développement des compétences passe par le renforcement des actions de **formation des équipes**. Il est nécessaire de renforcer les compétences des professionnels et de développer les moyens alloués au VAD. Certains professionnels ne sont pas ou peu aguerris avec la pratique des soins au domicile. Une offre de formations, d'informations, d'échanges entre professionnels devrait être déployée pour favoriser l'engagement des professionnels dans ce type de soins.

Il est également proposé de **diversifier les profils des professionnels recrutés**. Pour les personnes s'inscrivant dans une dynamique de réhabilitation notamment, les compétences d'ergothérapeutes, pairs aidants, TISF et éducateurs peuvent être nécessaires à la construction de leurs projets de vie.

MOYENS

La réalisation de VAD nécessite des ressources importantes. Du fait des temps de trajet, du caractère moins systématisé des entretiens, une prise en charge en VAD mobilise les professionnels sur un temps plus long qu'une consultation en CMP. Les VAD nécessitent aussi des ressources matérielles spécifiques (véhicule, vélo, ordinateur portable...). Les moyens dédiés à ce type d'activité devront donc augmenter pour couvrir l'ensemble de ces besoins.

INDICATEURS

L'objectif serait que 12% de la file active bénéficie d'un suivi en VAD dans les zones urbaines (Valence et Romans) et 6% de la file active bénéficie d'un suivi en VAD dans les autres structures (hors activité des équipes mobiles).

- nombre de VAD réalisées par les professionnels des équipes mobiles et les autres professionnels
- file active de patients suivis en VAD.

POSITIONNER LE CMP COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS EN AMBULATOIRE

Développer les équipes mobiles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

CONTEXTE

Dans le cadre de ce projet d'établissement, le pôle de l'enfant et de l'adolescent (EA) a mené en interne une réflexion pour identifier les enjeux majeurs pour les prochaines années. En parallèle, le pôle a interrogé ses partenaires les plus proches (ASE, médico-social, PJJ, scolaire, médecins traitants, etc.) pour faire émerger également les principales problématiques à prendre en compte pour les cinq prochaines années.

Deux populations ont été identifiées : les adolescents de 12 à 17 ans et les enfants et adolescents porteur de trouble du spectre de l'autisme.

OBJECTIFS POURSUIVIS

La création de deux équipes mobiles est envisagée.

1. Créer une équipe mobile pluridisciplinaire pour adolescents de 12 à 17 ans et leurs aidants de proximité

Venir en soutien auprès des adolescents qui passent au travers de nos réseaux d'interventions réciproques ou nécessitent une intervention conjuguée et présentant des troubles invalidants, notamment du comportement. Au-delà, le soutien auprès des familles et des professionnels qui les accompagnent semble tout autant nécessaire pour désamorcer les futures situations de crise, faciliter les soins et renforcer la capacité de contenance et de réassurance des aidants de proximité.

Telle qu'envisagée, cette équipe doit intervenir dans des situations complexes nécessitant une expertise et une action de proximité, interdisciplinaire, notamment médicale, sociale et éducative. Il s'agit de participer à consolider des situations instables pour prévenir des hospitalisations ou au décours de celles-ci. En corollaire, cette équipe essaiera de favoriser le maintien dans le lieu de vie habituel de l'adolescent pour éviter les ruptures successives de lien et l'effet « mistigri », ainsi que la sur-psychiatisation par défaut. L'attente est aussi de venir au-devant d'adolescents vulnérables et incapables de formuler une demande d'aide ou de soin.

Concrètement, il est souhaité que l'intervention de l'équipe soit réalisée dans les 72h ouvrables, sur une amplitude de 7h et 5j/semaine. Un projet individuel de trois mois maximal sera proposé au patient, éventuellement renouvelable.

D'un point de vue organisationnel, trois binômes mobiles (« nord », « centre » et « sud » associant un infirmier et un éducateur) seront mis en place. Une coordination associant un médecin, un psychologue, un assistant de service social, du temps de secrétariat et d'encadrement veillera au bon fonctionnement du dispositif à l'échelle de l'établissement.

Le pôle EA veillera à ce qu'une équipe soit en articulation avec les dispositifs existants (soins, social, éducatif, scolaire etc...).

Le dispositif sera ajusté « au fil de l'eau » pour améliorer sa fonctionnalité et son efficacité. Cette équipe serait en partie co-financée par des partenaires impliqués : Conseil Départemental (ASE), PJJ.



2. Créer une équipe mobile « autisme »

L'objectif est de réformer la politique de soins du CHDV en direction des enfants et adolescents porteur de troubles du spectre de l'autisme en recentrant notre action sur nos compétences spécifiques. En effet, une évolution considérable des acteurs concernés du territoire est observée. De même, les attentes des familles évoluent.

Ces deux éléments invitent les équipes du CHDV à interroger la pertinence de la création d'une équipe mobile « autisme » de soutien aux aidants de proximité (familles et professionnels).

Il s'agit d'un projet ambitieux qui nécessite un important travail préalable et un consensus des partenaires. Il faudra, dans un premier temps, établir un bilan des acteurs en présence participant à la définition des besoins du territoire, des compétences respectives des acteurs concernés et de leurs limites. Il faudra également recueillir un consensus sur la pertinence de ce type d'intervention et ses attendus, ainsi que sur les retours d'expériences nationales et internationales. Le portage actif des professionnels concernés du pôle EA est également attendu.

INDICATEURS

- File active des adolescents suivis et indicateurs médico-économiques
- évaluation annuelle interpartenariale
- enquêtes de satisfaction auprès de familles et des partenaires concernés
- si possible, mesures d'impact sur les passages aux urgences, les hospitalisations, la baisse des hospitalisations séquentielles.

POSITIONNER LE CMP COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS EN AMBULATOIRE

Développer l'équipe mobile premier épisode sur l'ensemble du territoire

CONTEXTE

La prise en charge spécifique des premiers épisodes psychotiques commence à se structurer en France. Cette prise en charge précoce est décrite et mise en œuvre depuis 40 ans en Australie par P. Mc Gorry avec l'ouverture du centre Orygen (centre australien de recherche de services cliniques et de défense de la santé mentale des jeunes) et a essaimé notamment vers le Canada, certains pays anglo-saxons et dernièrement la France. Il existe des recommandations internationales, un réseau national et un début de structuration en région Auvergne-Rhône-Alpes. Dans ce contexte, le CH Drôme Vivarais a mis en place un dispositif d'équipe premier épisode psychotique adossé au C2R qui fonctionne depuis début 2021.

Les missions du référent de parcours premier épisode sont de rencontrer pour favoriser l'alliance, engager dans les soins, maintenir l'engagement et favoriser l'insertion sociale en articulant les soins de réhabilitation. La durée de prise en charge dans le cadre du dispositif premier épisode est de deux ans. Pendant ces deux ans, le référent de parcours coordonne les soins et les démarches de réinsertion avec la supervision médicale d'un des psychiatres de la plateforme de réhabilitation.

L'équipe suit 27 patients pour 1.7 ETP, sur l'ensemble du territoire de recours.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le dispositif est à destination des patients âgés de 16 à 30 ans, présentant des symptômes psychotiques et pour lesquels le traitement antipsychotique est initié depuis moins de six mois et/ou déscolarisés depuis moins d'un an.

La proposition vise à poursuivre le déploiement du dispositif pour développer la prévention des hospitalisations avec une action possible dès l'ambulatoire.

Dans un second temps, le lien avec des partenaires du monde de l'éducation, du travail, de la formation sera développé.

Le fonctionnement du suivi spécifique de phase sera conservé avec les trois étapes clés :

- rencontrer (ETP individuelle/BREF)
- engager (éviter les ruptures de parcours, ELADEB, plan de prévention partagé)
- insérer (lien avec le C2R).



1. Renforcer la coordination médicale de l'équipe PEP

L'objectif est de permettre une disponibilité du médecin coordinateur pour une première rencontre rapide dans les 15 jours pour initier un traitement médicamenteux le plus proche des standards, prescrire le bilan biologique et d'imagerie si cela n'a pas déjà été fait ou que le RDV CMP est éloigné. Des avis de seconde ligne aux médecins référents du suivi pourraient être proposés. De même, une RCP (pharmacien, psychiatre, médecins généralistes, neuropsychologue) pourrait être organisée.

2. Mettre en place des IDE PEP référents du suivi avec le médecin du CMP

L'objectif de ces IDE est de veiller à la poursuite des modalités de soins PEP, de participer aux réunions hebdomadaires avec le médecin coordinateur PEP. Ils formeront une équipe PEP autour d'un médecin coordonnateur et d'un cadre de santé. Un temps de formation est à prévoir lors du recrutement. Ces IDE pourraient être basés au CMP pour réduire les temps de trajet (Tain, Crest) et s'insérer dans le tissu local. La cible est de 16 patients suivis par ETP IDE.

3. Adapter le dispositif d'accueil de chaque CMP pour adopter l'organisation la plus pertinente à chaque territoire

Des parcours simples devront être définis concernant les modalités de prise de contact :

- Équipe PEP/post hospitalisation (fonctionnement actuel)
- Équipe PEP/urgences
- Équipe PEP/pré hospitalisation : structurer les interactions PEP-secteur puis dans un second temps, structurer les interactions PEP-secteur-partenaires.

La référence du suivi infirmier incombe aux infirmiers PEP, afin d'éviter une double référence infirmière CMP/PEP. Une adresse mail « équipe PEP » sera créée pour recueillir les demandes et les traiter rapidement.

MOYENS

Humains

- passage à 4 ETP de case manager IDE
- repositionnement de l'AS sur des missions de réinsertion
- repositionnement de l'ergothérapeute sur des missions de métier
- cadre de santé avec temps dédié : 0.2
- médecin coordinateur avec temps dédié : 0.2
- le secrétariat de coordination est assuré par la secrétaire du C2R
- en cas de besoin, les IDE peuvent solliciter le secrétariat de proximité

Formations

- participation aux journées du réseau transition, du réseau PRIMO
- formation au case management et intervention précoce
- formation à l'ETP, aux programmes IPPI et BREF (en interne)
- du DIPEJAAD
- CAARMS

Matériels

- Véhicules, smartphones (un par agent), la pertinence de l'utilisation d'ordinateurs portables pour accès à distance, lors d'entretiens hors CMP est à évaluer.

INDICATEURS



Pour 2022-2024 :

- mise en place de l'équipe automne 2022, déploiement à partir de l'ambulatoire
- mise en place des parcours PEP-CMP/PEP-urgences
- actions de sensibilisation du réseau, implantation dans le tissu local
- mise en place des parcours PEP-partenaires.

Pour 2024-2027 :

- actions de formation pour favoriser le dépistage en amont des soins
- RCP régulières.

Suivi régulier :

- nombre de patients suivis
- nombre d'actions de sensibilisation des partenaires.

POSITIONNER LE CMP COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS EN AMBULATOIRE

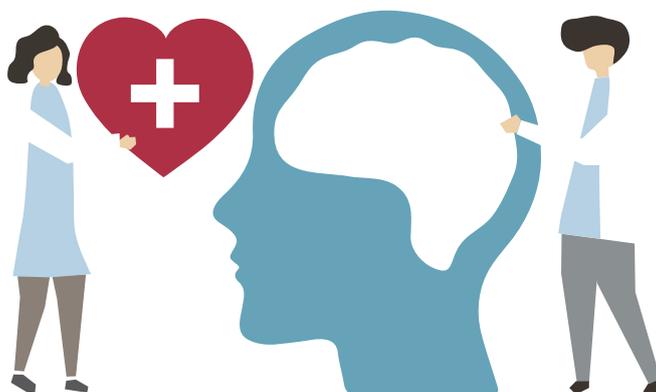
Développer l'offre de réhabilitation dans les CMP

CONTEXTE

Le virage ambulatoire que connaissent les territoires desservis par le CH Drôme Vivarais s'appuie sur la création de dispositifs novateurs (équipes mobiles) et sur la transformation des espaces extrahospitaliers préexistants (CATTP, HDJ).

Concernant les structures classiques extrahospitalières (CMP, CATTP, Hôpitaux de jour), le projet d'établissement vise à l'évolution des approches de soin existant, pour permettre l'intégration des philosophies de soin portées par les approches dites du rétablissement (qui mettent au cœur la possibilité pour un sujet d'aller mieux et de pouvoir être acteur de sa prise en charge, mais également de la vie en société) et de la réhabilitation (la prise en compte des déterminants du handicap psychique, mais également les moyens de le dépasser grâce à la mise en place, notamment, de techniques de soin innovantes).

OBJECTIFS POURSUIVIS



L'objectif concernant le projet d'établissement est de poursuivre l'activité du Centre de Réhabilitation et de Remédiation cognitive (C2R) dans sa mission de transmission de savoir et savoir-faire concernant les pratiques de réhabilitation ou « axées rétablissement ». Ces missions rentrent dans les missions définies par l'Agence Régionale de Santé concernant les centres de réhabilitation de niveau 1.

1. Sensibiliser et former les équipes du CHDV

L'enjeu est de progressivement **transmettre, former et faciliter la mise en œuvre d'une philosophie de soin et d'outils novateurs**. Pour ce faire, des formations à plusieurs « boîtes à outils » sont prévues pour permettre l'évolution des pratiques soignantes : un premier niveau qui consiste à un moment de sensibilisation institutionnelle et des niveaux ultérieurs visant à former à des outils plus spécifiques.

Un premier temps de sensibilisation destiné à tout professionnel travaillant sur le CHDV pour mieux comprendre la réhabilitation et l'approche centrée sur le rétablissement dans les troubles psychiques sévères sera proposé par le C2R. D'autres outils C2R seront ensuite diffusés.

Par ailleurs, des formations aux outils d'évaluation fonctionnelle (bilan de vie quotidienne, ELADEB, AERES, carte réseau...), des formations aux outils d'approche du rétablissement (plan de prévention partagé), ainsi que des présentations des outils plus spécifiques (évaluation neuropsychologique et évaluation ergothérapeutique) pourront être proposées.

2. Développer les interventions auprès des patients et de leurs proches

Le déploiement auprès du patient de ces approches de rétablissement et réhabilitation va s'organiser autour de plusieurs outils. L'entraînement aux habiletés sociales est une intervention structurée qui vise à enseigner les habiletés interpersonnelles et à promouvoir le maintien et la généralisation de ces habiletés. Ces programmes ont largement montré leur efficacité dans les troubles psychiatriques sévères et pourront être proposés dans l'ensemble des territoires.

Sont déjà identifiés le jeu **compétence développée** par J. FAVROD (1993), le **programme GRECCO** (Groupe d'entraînement cognitif compensatoire) et le **programme IPT** (Programme intégratif de thérapies psychologiques).

Par ailleurs, des **interventions précoces de psychoéducation individuelles** (I.P.P.I.) seront mises en place.

Ces outils sont variés et permettent de proposer une réponse adaptée individuelle ou groupale aux différentes situations cliniques observées au sein du CHDV.

Par ailleurs, l'objectif est également d'améliorer le délai de réponse aux réclamations et de respecter un délai cohérent pour proposer une médiation.

CALENDRIER DE MISE OEUVRE

- pour 2022-2024 : formation de toutes les équipes territoriales (au moins une par pôle, voire deux pour pôle nord et sud) à la sensibilisation à la réhabilitation, à l'éducation thérapeutique du trouble schizophrénique et trouble bipolaire
- pour 2022-2024 : mise en place d'un groupe inter polaire de travail tous les six mois, pour faire évoluer le programme déjà validé grâce aux différents acteurs (soignants et usagers)
- pour 2023-2024 : mise en place d'un groupe de remédiation et de compétences sociales dans chaque territoire
- pour les cinq ans à venir (2022-2027) : mise en place de deux à trois nouveaux programmes ETP sur la période.

INDICATEURS

- nombre d'équipes formées
- nombre de groupes mis en place par équipe formée
- nombre de patients qui ont bénéficié d'ETP validé
- évaluation de chaque personne ayant suivi l'ETP : nombre de ré-hospitalisations, nombre d'hospitalisations sans consentement, questionnaire de satisfaction, ...
- nombre de dossiers d'ETP validés par l'ARS
- nombre de groupes mis en place pour chaque programme.
- nombre de patients ayant bénéficié de ces nouveaux outils ETP



POSITIONNER LE CMP COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS EN AMBULATOIRE

Garantir des délais raisonnables d'accès aux rendez-vous

CONTEXTE

Dans le cadre de ce projet, une évaluation des **délais moyens de rendez-vous** a été menée sur huit semaines (du 4/10 au 26/11) :

- avec un soignant chez les adultes : 10 jours
- avec un psychiatre chez les adultes : 34 jours
- avec un soignant chez les enfants : 34 jours
- avec un psychiatre chez les enfants : 24 jours, mais avec une proportion importante de RDV psychiatre impossible.

Ce bilan de l'existant a permis de mettre en évidence des pratiques diverses :

Chez les adultes : en gras ce qui est commun à tous les CMP

- IDE d'accueil reçoit les premières demandes soit en présentiel soit au téléphone
- présence d'un médecin de permanence dans un CMP
- dans un CMP, la demande doit s'accompagner d'un courrier médical
- **présentation de la situation en réunion d'équipe pluridisciplinaire.**

Chez les enfants :

- entretien téléphonique et réadressage éventuel
- entretien de premier accueil en binôme
- **discussion de la situation en équipe pluridisciplinaire**
- évaluation soignante binômes d'accueil (MDA/partenaire médico-social).

OBJECTIFS POURSUIVIS

Dans le cadre de ce projet d'établissement, il est proposé de se donner des objectifs de délai maximal de rendez-vous pour un premier contact. Cet objectif global se décline pour tous les intervenants, notamment les médecins et les psychologues :

- IDE : sans délai (entretien téléphonique ou présentiel)
- médecins et psychologues : 30 jours .

1. Faire évoluer les organisations

Pour atteindre cet objectif, il faut revoir, réinterroger les organisations. Dans un premier temps, un tableau de bord de suivi des nouvelles demandes doit être mis en place.

Le premier accueil téléphonique est essentiel. Il est proposé de rédiger une procédure d'accueil homogène dans les différents CMP de la pédopsychiatrie et de créer et/ou uniformiser les supports de premiers contacts et premiers accueils soignants.

L'intégration des IPA dans les CMP doit également être engagée.

2. Renforcer le lien avec les partenaires

Il est prévu d'améliorer l'accès aux rendez-vous en renforçant l'articulation avec les partenaires. Chaque pôle est ainsi invité à définir une organisation qui permette de répondre aux médecins généralistes (aux demandes de rendez-vous pour leurs patients).

En développant la collaboration avec les médecins généralistes et les IDE libérales, il est ensuite possible de s'appuyer sur ce réseau de professionnels pour réadresser les patients dans le cadre de prises en charge conjointes.

3. Limiter les admissions suite à un passage aux urgences

Cette amélioration du partenariat avec la médecine de ville doit également conduire à diminuer le recours à l'hospitalisation suite à un passage par les urgences.

En 2021, 49% des entrées font suite à un passage aux urgences. Le CPOM vise une proportion d'admission de patients hospitalisés en psychiatrie (hospitalisation complète) sans passage par un service d'urgence de 65%. **Les adresseurs doivent être informés que les CMP sont organisés pour recevoir des soins non programmés. Les admissions directes sont également à privilégier.**

INDICATEURS

- recueil en continu du délai de RDV soignant ; médical et psychologue dans tous les CMP via le tableau de bord
- nombre de permanences téléphoniques dédiées aux médecins généralistes
- pourcentage d'admissions de patients hospitalisés en psychiatrie (hospitalisation complète) sans passage par un service d'urgence. Ce pourcentage doit progressivement atteindre 65% en 2026.

CONTEXTE

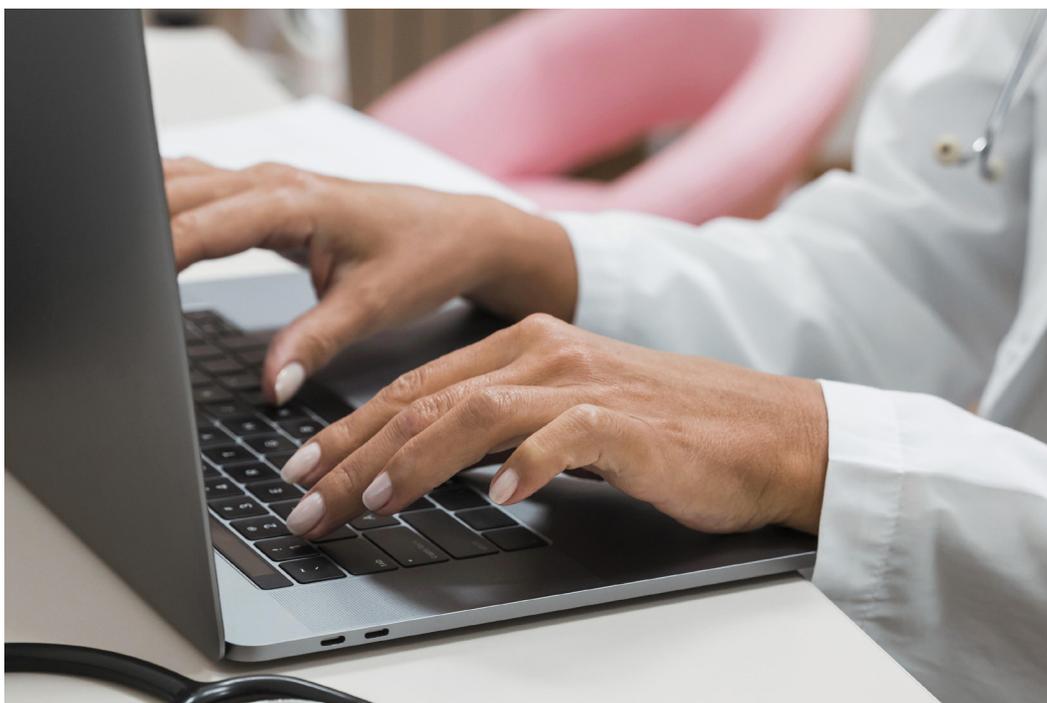
Devant l'informatisation croissante du système de santé, il apparaît essentiel de développer l'utilisation des ressources numériques afin de promouvoir les soins en santé mentale. Le rôle de notre établissement est de faire du numérique un appui pour les usagers et les professionnels de santé afin qu'ils deviennent un soutien aux relations soignants/soignés et un outil de modernisation de notre offre de soins.

Au sein de l'unité de réhabilitation du C2R, il est déjà utilisé des applications ou « serious game¹⁶ » permettant la mise en situation de patients dans des scènes de vie quotidienne (HAPPYneuron ou Recos. Il apparaît pertinent de s'appuyer sur cette dynamique pour promouvoir les usages d'outils numériques, afin de proposer aux patients des applications en lien avec l'éducation thérapeutique et ainsi promouvoir l'autonomisation des usagers.

De nombreuses applications mobiles ont vu le jour autour de la e-santé permettant :

- l'accompagnement au quotidien (ex : MonSherpa, ...)
- la gestion des émotions (ex : Dr Mood, Smylife,...)
- la lutte contre les addictions (ex : stop-alcool, kwit, ...)
- ...

Ces outils numériques peuvent également aider nos professionnels à se former, via des sessions de e-learning ou via le dispositif PsyVR (réalité virtuelle), qui permet de reproduire des situations ou des environnements de soins en réalité virtuelle, permettant au soignant une expérience immersive autour de situations telles que la négociation thérapeutique lors de situations de crises, prise en charge des patients atteints de spectre autistique, ...



OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif dès 2022, est de **recenser l'ensemble des expérimentations, applications existantes** dans le domaine de la santé mentale grâce à un groupe pluridisciplinaire.

Au terme de cette année, une présentation en instance permettra de **valider la pertinence des applications ou expérimentations retenues** et leur mise en place.

Chaque dispositif sera testé sur une durée d'un an auprès d'un panel d'utilisateurs avec une cible à atteindre qui permettra d'évaluer la pertinence de cette expérimentation et valider son utilisation au sein de l'établissement.

¹⁶ Serious game : application informatique qui associe un objectif sérieux avec un moyen ludique

CONSTRUIRE DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

Améliorer la coordination entre les secteurs intra et extra

CONTEXTE

Le parcours des patients souffrant de pathologies psychiatriques est complexe et nécessite, pour en assurer la qualité, une coordination entre les équipes d'intra et d'extrahospitaliers.

OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif principal de ce projet est de mieux accompagner les patients dans leur parcours en fluidifiant les parcours de soin intra/extra. Pour l'atteindre, des actions sont proposées pour améliorer les rencontres entre professionnels et patients intra et extra et améliorer la communication entre les professionnels.

1. Communication

L'amélioration de la communication passe, dans un premier temps, par la production de plaquettes de présentation des différents territoires avec leurs dispositifs (unités intra, CMP, HDJ) et de chaque structure. Il est proposé de s'appuyer sur les nouvelles technologies en proposant également des visites virtuelles des structures intra/extra hospitalières pour les patients et leurs proches, ainsi qu'éventuellement plus largement sur le site internet du CHDV.

Des rencontres entre les équipes intra/extra seront organisées pour une meilleure connaissance de leur travail respectif.

Une journée d'immersion pourra être proposée.

Il est prévu un renforcement de la communication vers les médecins traitants, notamment sur le parcours possible du patient : une fiche action spécifique leur est consacrée (3.1.2.).

2. Organisation parcours

Pour améliorer le parcours des patients, plusieurs actions sont envisagées.

La participation d'un IDE de l'extra de chaque structure lors de la réunion intra/extra hebdomadaire en présentiel ou en visio, ainsi que lors des synthèses du patient est envisagée. À la sortie du patient, l'IDE intra appelle l'IDE HDJ /CATTP et fait un courriel à l'IDE référent CMP.

Les organisations vont évoluer pour permettre d'anticiper les sorties, de formaliser les projets de soins, et d'anticiper l'orientation en HDJ. De même, la traçabilité des éléments de vie, anamnèse, synthèse et projet sera formalisée sur le DPI et ce, dès la première rencontre avec le patient. Ce premier contact pourrait être réalisé en présentiel ou en visio avec visite virtuelle de la structure (voir ci-dessus la partie sur la communication).

Il est envisagé d'organiser des permissions pour permettre une visite de la structure extra et un entretien de préadmission.

Il est également prévu, en cas de réhospitalisation à temps complet, que l'IDE référent HDJ /CATTP/CMP informe l'équipe intra.

À la sortie du patient, la prise de RDV avec le CMP, le cas échéant médecins/IDE, sera anticipée pour éviter les ruptures de soins.

MOYENS

Il est nécessaire d'accompagner ces évolutions organisationnelles en adaptant l'informatique : mise en place de la visio dans toutes les structures extérieures, mise à disposition d'un ordinateur par pôle, par exemple.

INDICATEURS

- nombre de rencontres entre professionnels intra et extra (synthèse, réunion, événements)
- nombre de plaquettes de présentation de structures et de pôles
- nombre de journées d'immersion
- quicks audits suivi des écrits.

CONSTRUIRE DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

Améliorer la coordination entre les secteurs adultes et enfants

CONTEXTE

Le nombre de mineurs de 16 à 17 ans révolus accueillis sur l'établissement en hospitalisation à temps plein adulte est supérieur à **30 patients depuis 2019** (32 en 2019, 38 en 2020 et 2021). Il y en a 9 accueillis en 2021 sur l'unité de pédopsychiatrie Dolto (9 également en 2019 et 3 en 2020).

Barrière des 16 ans : une organisation des soins disparate :

L'accueil d'adolescents de 16-17 ans révolus sur les unités d'HTP adultes soumet ces équipes à des difficultés de prise en charge adaptée et de mixité de population délétère pour chacune des populations concernées (cf. rapport 2021 de la défenseure des droits « Santé mentale des enfants – le droit au bien-être » ; recommandation N°20). Cependant, la démographie médicale en pédopsychiatrie ne permet pas d'envisager la création d'une unité spécifique pour les adolescents.

De leur côté, les urgences pédiatriques accueillent les enfants jusqu'à 17 ans révolus, mais rencontrent un positionnement variable quand ils sollicitent les urgences de psychiatrie générale pour des mineurs de plus de 15 ans. Par ailleurs, les organisations sont différentes entre les urgences psychiatriques de Romans et les urgences psychiatriques de Valence.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs sont d'améliorer les admissions en HTP des mineurs entre 16 et 17 ans révolus, de renforcer l'articulation en secteurs adultes et enfants en HTC et en CMP.

1. Préciser le parcours du patient mineur entre 16 et 17 ans révolus en hospitalisation

Concernant l'organisation de l'évaluation psychiatrique des mineurs se présentant aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Valence, une procédure identique pour tous les enfants de 0 à 17 ans révolus a été définie.

En journée, le pédopsychiatre de permanence réalise les évaluations par téléphone, après échange avec le pédiatre sénior des urgences. En cas de besoin, il doit pouvoir s'appuyer sur l'équipe psychiatrique des urgences adultes (IDE et/ou psychiatre), qui est sur place.

Après 18h, le médecin sénior des urgences pédiatriques contacte d'abord l'infirmière psychiatrique des urgences qui se met elle-même en lien avec le psychiatre d'astreinte.

L'unité Dolto n'accueille les jeunes que jusqu'à 16 ans. Les patients de plus de 16 ans ayant besoin d'une hospitalisation sont admis en unité adulte (UAEO ou unité territoriale). Le projet est d'adapter leur prise en charge, au sein de ces unités, en faisant intervenir des agents mobiles spécialisés dans la prise en charge des adolescents. Ces agents interviendraient en soutien de l'équipe adulte. Ce projet doit être mis en œuvre en augmentant les équipes de l'unité Dolto, de manière à ce que des agents puissent se détacher. Des temps d'accueil dans l'unité Dolto pour les adolescents pourront aussi être programmés durant la journée en complément des prises en charge habituelles.



2. Améliorer le relai vers les structures ambulatoires et l'articulation pédopsychiatrie-psychiatrie adulte

Tout au long de l'hospitalisation, les liens seront renforcés avec les soignants des CMP habituels.

Pour organiser les relais CMP enfants/CMP adultes, des réunions de concertation/synthèse entre secteur enfants et secteur adultes sont prévues. Ces réunions seront couplées à des courriers médicaux. Une IPA en pédopsychiatrie sera formée, avec pour mission, le soutien à l'articulation secteur enfants et secteur adultes.

Par ailleurs, l'objectif est également d'améliorer le délai de réponse aux réclamations et de respecter un délai cohérent pour proposer une médiation.

POSITIONNER LE CMP COMME PIVOT DE L'OFFRE DE SOINS EN AMBULATOIRE

Définir le parcours de soins des personnes âgées

CONTEXTE

Le projet Médical du Centre Hospitalier Drôme Vivarais 2016-2021 a permis la mise en place d'une filière de gérontopsychiatrie sur le territoire de recours Drôme Ardèche.

Cette filière s'articule autour de trois dispositifs : une équipe mobile de psychogériatrie (EMPG) transversale déployée sur l'ensemble du territoire depuis 2018, une Unité d'hospitalisation à temps complet de 18 lits (UPPA : Unité de Psychiatrie du Patient Âgé ouvert à l'automne 2020 et une USLD (Unité de Soins Longue Durée) de 33 places.

La filière gérontopsychiatrique ainsi constituée a vocation à :

- proposer un dispositif spécialisé, en interconnexion avec la filière gériatrique, qui soit visible et lisible pour l'ensemble des partenaires médicaux et sociaux intervenant autour du sujet âgé
- favoriser par conséquent, l'accès aux soins du patient âgé souffrant de troubles psychiques tout en limitant autant que faire se peut le recours aux urgences
- proposer une prise en charge optimisée du patient âgé, souvent polypathologique, avec un objectif de maintien, voire de restauration de l'autonomie, permettant de limiter l'impact de la maladie sur le projet de vie du patient.

Depuis l'ouverture de l'UPPA, la montée en charge de l'unité a dû composer avec les aléas liés aux recrutements médicaux. Sans avoir pu fonctionner à son rythme nominal, cette filière a néanmoins pu répondre aux attentes et besoins des partenaires du territoire.



OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif général de cette filière Personne Âgée reste de contribuer à **améliorer le repérage, l'accompagnement et la prise en charge au plus près de leur lieu de vie** des personnes âgées du territoire du CHDV ayant une problématique de santé mentale.

1. Représenter la mission de l'UPPA et le fonctionnement de la filière gérontopsychiatrique du CHDV

L'objectif est de réaffirmer les missions de l'UPPA et les modalités du parcours patient, notamment en adaptant l'activité de l'UPPA à la hauteur des besoins du territoire. Cela passe par un travail d'harmonisation des indications d'âge de prise en charge. Actuellement les critères d'âge sont les suivants :

- EMPG : 75 ans au domicile, pas de limite en EHPAD
- UPPA : 65 ans
- USLD : 60 ans

Il est proposé de faire converger les âges de prise en charge pour l'EMPG et l'UPPA vers une borne commune en adéquation avec les besoins de santé de la population concernée et sous réserve d'adaptation du dispositif (ressources humaines et/ou matérielles). Pour consolider le parcours de soins dynamique mis en place par la filière, l'USLD sera intégrée comme l'un des outils mobilisables en proposant quelques places dédiées à des hébergements transitoires.

Enfin, il est prévu de mettre en œuvre les liens fonctionnels entre la filière du sujet âgé et les pôles territoriaux (CMP unités polaires).

2. Intensifier, diversifier et moderniser les prises en soin du sujet âgé atteint de troubles psychiques

Le projet d'établissement doit permettre de renforcer les capacités de l'EMPG dans sa capacité à intervenir en maintenant le patient sur le lieu de vie. Il est proposé de compléter les compétences métiers de la filière dans le champ de l'évaluation et du diagnostic (neuropsychologue, ergothérapeute, psychomotricien).

Le CHDV pourrait compléter son dispositif de soins sur le territoire et étudier la faisabilité de la mise en place d'un Hôpital de jour ou de semaine. L'HDJ PA s'appuierait sur les HDJ adultes sur les territoires. L'HDS aurait pour objectif d'offrir un panel d'évaluations et de prises en charge adapté au degré d'autonomie et de permettre également les séjours de rupture. Cette offre se déclinerait à partir de l'UPPA et serait une modalité de soins programmés.

De la même façon, il est proposé d'évaluer la pertinence de **mettre en place des activités de CATT** de proximité pour le sujet âgé à partir d'une offre de soins/évaluation itinérante (bus par exemple, location d'une salle dans les locaux municipaux ou associatifs).

Enfin, en complément des visites à domicile, il serait pertinent de développer, dans les limites des spécificités de la patientèle, **l'accès à la téléconsultation** notamment pour les territoires les plus reculés.

3. Améliorer l'articulation entre la filière et les partenaires du territoire

Il est proposé de développer les articulations fonctionnelles avec la filière gériatrique du territoire en renforçant la **participation de la psychiatrie aux travaux des filières gérontologiques** et en proposant le recours **aux avis spécialisés de psychogériatrie** (liaison, RCP, etc.).

La filière elle-même dans sa globalité et sa complétude doit être mieux connue des partenaires. Un travail **de communication et d'information** sera engagé auprès d'eux (EHPAD, CPTS, professionnels de premier recours).



MOYENS

Il sera nécessaire d'accompagner les évolutions organisationnelles proposées d'une adéquation des ressources humaines en nombre et en compétences spécifiques : médecins, IPA, cadre de santé, soignants, rééducateurs, neuropsychologues, assistants sociaux, AMA.

Les locaux et structures devront également être évalués et le cas échéant adaptés aux nouveaux besoins tant en capacité qu'en fonctionnalité, notamment l'UPPA pourrait passer de 18 à 25 lits dans le cadre de l'intégration d'activités programmées séquentielles type HDS.

Concernant les actions de développement des partenariats, un certain nombre d'outils informatiques et de communication devront évoluer pour permettre un partage d'informations entre professionnels d'institutions différentes : accès DPI (Easily), MON SISRA, espace santé, annuaire téléphonique et courriel, ...

INDICATEURS



- file active PA
- âge seuil de prise en soin
- DMHA

CONSTRUIRE DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

Définir le parcours de soins pour les personnes atteintes d'addiction

CONTEXTE

Le dispositif de soins du CHDV pour les patients atteints d'addiction est centré autour de l'ELSA.

Une nouvelle vision de l'addictologie comme une discipline transversale est proposée, regroupant tous types d'addictions et tous publics :

- une affection cérébrale chronique », depuis 2013, ouverture vers un continuum entre abus et dépendance avec les critères diagnostiques du « trouble lié à une substance »
- des patients de tous âges, de l'adolescent à la personne âgée
- des addictions avec et sans produits
- les nouvelles drogues de synthèse.

Par ailleurs, on parle de **pathologie duelle** ou co-occurrence dans les situations d'association d'un trouble addictif et d'un trouble psychiatrique.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs principaux sont de positionner l'addictologie comme un élément essentiel dans les prises en charge et de diffuser la culture addictologique au sein des différents pôles par la sensibilisation des équipes soignantes aux pathologies duelles, amorçage d'une approche intégrative dans les pratiques. Ces objectifs généraux ont pour ambition de déstigmatiser les addictions et d'améliorer la visibilité et lisibilité du réseau addictologie, homogénéiser le réseau et, à terme, fluidifier le parcours de soins.

1. Renforcer l'orientation intrahospitalière

En intrahospitalier, ces objectifs doivent se traduire concrètement par la promotion de l'action ELSA à travers des campagnes de sensibilisation (mois sans tabac, Dry January, ...), la mise à disposition des **outils** de repérage, d'évaluation et de prise en charge (repérage précoce, grilles d'évaluation des consommations, protocoles de sevrage, fiches pratiques, fiches médicaments à risque), la valorisation de la prise en charge du **tabagisme**, utilisation du tabagisme comme porte d'entrée dans les soins addictologiques. Ces actions doivent être accompagnées de **création de postes infirmiers référents** en addictologie dans chaque service, de l'accueil d'**internes** avec la possibilité de postes partagés sur différents services intra, extra, et/ou partenaires de territoire.

Le développement du **travail interdisciplinaire** et de la prise en charge intégrative doit être promu via des temps d'échange cliniques et institutionnels communs.

Il faut par ailleurs **veiller au codage de toutes les activités de liaison** hors consultations afin de permettre le suivi de cette activité (améliorer les codages des diagnostics par l'ensemble des médecins des différents pôles, codage spécifique pour tracer toute activité en addictologie y compris les infirmiers référents).

2. Renforcer l'orientation extrahospitalière

En extrahospitalier, le groupe identifie les trois axes opérationnels suivants :

Développer le réseau addictologie

Dans un premier temps, il est nécessaire de mettre en place **des infirmiers référents en addictologie (IRA)** dans les CMP, EMPP et MDA avec codage spécifique pour tracer leur activité en addictologie, ainsi qu'un **infirmier de pratique avancée (IPA)** rattaché à l'ELSA au sein de l'USAA. Des **hôpitaux de jour ou de places fléchées** sont envisagés au sein d'HDJ préexistants, comme alternative à l'hospitalisation. Trois sites : Valence, Tournon/Saint Vallier, Drôme Sud. Des consultations médicales d'addictologie devraient être mises en place dans les CMP pour pallier à la difficulté d'adressage en CSAPA ou médecine de ville pour renouveler des TSO et des groupes de parole doivent être développés dans les HDJ et CMP. Enfin, le développement de la **réhabilitation** en addictologie est envisagé en s'appuyant sur un projet de **supports virtuels**.

Fluidifier le parcours patient

Conformément au PTSM, les liens entre professionnels de l'addictologie et professionnels de psychiatrie sont à développer. Un parcours fléché pour les patients orientés vers le CMP par l'ELSA doit permettre de faciliter le suivi psychiatrique. Enfin, en lien avec le point suivant sur les relations partenariales, un groupe de travail est prévu dans le but de formaliser le parcours de soins des personnes en situation de précarité présentant une pathologie duelle (en cohérence avec le PTSM).

Intégrer des dispositifs innovants, centrés sur le patient, où le patient est acteur à part entière

L'objectif est le développement de la **prévention** et de l'**éducation thérapeutique** en addictologie, l'élaboration d'un **projet de soins individualisé commun** et la participation des professionnels d'addictologie au plan de prévention partagé. Il s'agit également d'**améliorer les diagnostics** chez les personnes souffrant de pathologies duelles :

- psychotraumatisme, suspicion de trouble bipolaire, premier épisode psychotique,
- première évaluation, évaluation en centre expert, prise en charge spécifique (équipe PEP).

Il est souhaité que le dispositif de **patients experts** soit mis en place sur l'hôpital de jour, avec l'intervention des associations de pair aidance du territoire de la Drôme. Il faut également élargir les partenariats avec des associations d'usagers (UNAFAM, Comité D-Base, Association des Alcooliques Anonymes...).

3. Améliorer l'orientation partenariale

Le travail partenarial passe dans un premier temps par la réalisation d'une **cartographie** addictologie de la région Drôme Ardèche avec des référents-partenaires.

Cet axe passe également par l'homogénéisation du réseau addictologie : collaboration avec les ELSA de la région AURA, création de **postes partagés** addictologie/psychiatrie (CHDV/CHV : assistant, interne, PH), élaboration d'un **parcours de soins fléché** (CHDV/CSAPA, CHDV/USAA...).

La coordination avec les médecins de ville doit être améliorée, notamment en facilitant l'accès à la permanence des CMP pour les médecins addictologues du réseau comme pour les médecins de ville.

Plus largement, la mise en place d'un dossier médical partagé commun à l'ensemble du réseau sanitaire et médico-social est envisagé, ainsi qu'une **cellule de gestion de cas complexes** rassemblant tous les partenaires de la prise en charge concernée (associations, CMP, professionnels de l'intra, EMPP, ELSA, médecins de ville, etc).

CONSTRUIRE DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

Structurer la filière de soins dans l'autisme de l'adulte

CONTEXTE

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental qui apparaît durant la petite enfance. Il se caractérise par des difficultés de communication et d'interaction sociale, associées à des comportements répétitifs et des centres d'intérêts restreints ou spécifiques. Il peut aussi s'accompagner ou non d'une déficience intellectuelle. Chaque situation est unique : les manifestations de l'autisme varient de façon importante selon les personnes, entraînant un impact sur le quotidien et des situations de handicap très différents. Le chiffre de 600 000 adultes autistes est parfois avancé pour estimer la prévalence en France.

Aujourd'hui, l'offre d'accompagnement des adultes autistes est moins développée et structurée que pour l'enfant. Pourtant, arrivée à l'âge adulte, une personne autiste doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement favorisant son autonomie, son inclusion dans la vie de la cité et la mise en œuvre de ses droits au quotidien. Les recommandations récentes (ANESM, HAS) insistent sur la nécessité de construire avec l'adulte autiste un projet d'interventions personnalisé, tenant compte de son entourage et de son environnement, pour chaque domaine de sa vie quotidienne.

L'enjeu pour le projet d'établissement du CHDV est de structurer peu à peu une filière de soins dans l'autisme (adulte), afin de répondre plus efficacement aux besoins de cette population.

OBJECTIFS POURSUIVIS

La structuration de la filière de soins dans l'autisme adulte passe par la formation adaptée des équipes aux objectifs gradués de prise en charge. Deux niveaux différents sont identifiés :

1. Développer une meilleure connaissance de l'autisme de l'adulte et de sa prise en charge par les équipes de secteur

L'objectif principal est d'asseoir une meilleure connaissance de l'autisme (en particulier chez l'adulte sans déficience intellectuelle) et de son accompagnement par les équipes territoriales. L'enjeu est de répondre de façon plus adaptée à des demandes diagnostiques, mais surtout d'accompagnements ou de compensations du handicap psychique lié aux troubles du spectre autistique. Dans le projet d'établissement du CHDV, il est ainsi proposé d'améliorer la culture des équipes soignantes territoriales en proposant une formation visant à **améliorer le diagnostic et le suivi** dans les équipes sanitaires (niveau 2), pour les équipes travaillant en ambulatoire (CMP, CATTP et HDJ).

Les formations pourraient être réalisées en deux temps :

- formation dans chaque CMP, d'au moins trois personnes (psychiatre, psychologue, infirmier) à une formation de niveau 2 proposée par le CRA
- 2023-2027 : poursuite de la formation en étendant la formation à d'autres personnes issues des CMP, mais également des CATTP et HDJ.

2. Permettre aux équipes déjà sensibilisées de développer leurs expertises

Le CRA a pointé sur la Drôme et l'Ardèche, l'absence de structure permettant le diagnostic et l'accompagnement des personnes avec un TSA sans déficit intellectuel, en particulier dans les situations complexes. Ces aspects sont habituellement dévolus à des équipes dites de niveau 3, qui se forment en plus des outils précédemment mentionnés (diagnostic simple), à des outils de diagnostic supplémentaire (en particulier l'ADOS et sur des aspects cliniques plus particuliers) et à des thérapies plus spécifiques (souvent des groupes d'éducation thérapeutique, des groupes de gestion des émotions ou des groupes d'habileté sociale).

La CME du CHDV n'a pas retenu la proposition de mettre en place une structure de tel niveau sur le territoire. Sans que ce rôle lui soit dévolu, il paraît néanmoins envisageable que l'équipe du C2R puisse être en partie formée à des outils de diagnostic supplémentaire (ADOS notamment), et des outils de soins spécifiques étant donné la culture commune (culture de l'évaluation et de l'accompagnement sur des axes dimensionnels plutôt que catégoriels ; approches centrées sur la réalisation de plan d'interventions personnalisé ; connaissances avancées concernant le handicap psychique et sa prise en charge ; approche inclusive).

Sans rentrer dans un dispositif de niveau 3, ces aspects pourraient permettre d'améliorer le niveau d'expertise globale de l'équipe, répondre à certaines situations à la demande des professionnels, sans pour autant être repéré comme un espace particulier d'évaluation diagnostique. L'enjeu resterait la réhabilitation psychosociale, mais dotée d'outils supplémentaires pour accompagner certains « profils » de patients.

Comme la précédente action, les formations pourraient être réalisées en deux temps :

- formation au C2R, d'au moins trois personnes (psychiatre, psychologue, infirmier) à une formation de niveau 2 et de niveau 3 proposée par le CRA
- pour les cinq ans à venir (2022-2027) : mise en place de groupes spécifiques pour les personnes TSA avec un handicap psychique.

INDICATEURS

Pour le déploiement d'une formation de niveau 2 :

- nombre de personnes formées (médecins, psychologues, infirmiers)
- nombre de patients diagnostiqués avec un TSA.

Pour le développement d'une expertise sur le C2R :

- nombre de personnes formées (méd., psycho., inf.)
- nombre de groupes spécifiques conçus pour les TSA
- nombre de patients diagnostiqués avec un TSA
- nombre de patients diagnostiqués avec un TSA
- nombre de patients ayant participé à des groupes spécifiques.

AMÉLIORER LA SANTÉ SOMATIQUE DES PATIENTS

CONTEXTE

Les personnes ayant des troubles psychiques présentent davantage de co-morbidités (troubles métaboliques, maladies cardiovasculaires, diabète) et une surmortalité prématurée. Les difficultés d'accès aux soins somatiques en ambulatoire sont majorées par la pathologie des patients (isolement, précarité, difficultés sociales...) et les difficultés d'accès aux professionnels libéraux.

Le CHDV dispose d'une équipe de médecins somaticiens (de l'ordre de 4 ETP), essentiellement composée de médecins généralistes qui prennent en charge les patients hospitalisés. Des consultations spécialisées complètent l'offre proposée sur le site du CHDV (cardiologue, neurologue, gynécologue, pneumologue, dentiste, podologue).

Le besoin d'articulation accru entre médecins généralistes, services de MCO et psychiatrie est pointé. Les professionnels devraient échanger davantage et plus systématiquement au sujet de leurs patients communs (courriers, contacts téléphoniques, formations).

OBJECTIFS POURSUIVIS

1. Optimiser la prise en charge somatique du patient hospitalisé, accès aux spécialités

Renforcer la prise en charge somatique

Cet objectif vise à sécuriser la prise en charge en aidant le patient à se réinsérer dans le système de soins somatiques (récupération des informations médicales dispersées, aide au diagnostic, et accès au traitement), et en assurant le suivi des pathologies chroniques somatiques, ainsi que la coordination des prises en charge complexes.

Il est proposé de renforcer les liens entre médecins psychiatres et médecins généralistes en **intégrant davantage le médecin généraliste dans les unités de soins** : en participant aux réunions avec les équipes des unités de psychiatrie (transmissions, synthèse clinique) et en échangeant sur les pratiques (échange de pratique, de Revues de Morbi-Mortalité, Revue Pharmaceutique des Ordonnances).

Cela passe également par la transmission au médecin traitant à la fin de l'hospitalisation du résumé des soins somatiques (et des examens complémentaires) qui s'intègre à la lettre de liaison (complétée lors du séjour intrahospitalier par les médecins généralistes).

Développer la prévention des maladies et leur dépistage (cancer, maladies cardio-vasculaires)

Le patient hospitalisé doit avoir accès à la même qualité de suivi de médecine générale qu'un patient non hospitalisé (suivi tous les trois mois pour les pathologies chroniques type diabète). Il est proposé d'organiser des consultations dédiées : suivi des maladies chroniques, dépistage des cancers dont le cancer cutané, mise en place d'éducation thérapeutique.

Poursuivre la prise en charge spécialisée

Si l'état de santé du patient le nécessite, développer certains soins spécialisés comme la polygraphie pour améliorer le dépistage des Syndrômes d'Apnées du Sommeil (conséquences psychiatriques et somatiques).

Améliorer le dépistage et la prise en charge des pathologies dentaires

L'objectif est de développer la pose de prothèses dentaires pour les patients ayant eu des soins le nécessitant, sans qu'un relais par un dentiste de ville ne soit pris (une trentaine de patients/an). Par ailleurs, il est proposé de participer à la promotion du développement d'une PASS dentaire.

Renforcer les liens avec la pédiatrie et la neuropédiatrie

Il est nécessaire que les enfants souffrant de troubles psychiatriques puissent bénéficier d'un avis pédiatrique, voir neuropédiatrique. Pour les enfants hospitalisés en pédopsychiatrie, ils doivent être réévalués de façon hebdomadaire (Diagnostic différentiel, difficulté de suivi aux vues des troubles du comportement et des difficultés sociales). La mise en place de RCPP pédopsychiatre, neuropédiatre pourrait être envisagée.



2. Articuler avec les professionnels de premier recours la prise en charge somatique des patients en extrahospitalier

Le projet consiste à assurer à chaque patient suivi au CMP la possibilité de bénéficier d'une **consultation annuelle du médecin traitant**. Pour cela, les équipes soignantes veilleront à la bonne articulation avec la médecine de ville. Il est également envisagé de mettre en place au CMP une consultation de médecine générale de liaison avec les professionnels libéraux. L'objectif est de réinsérer le patient vers un médecin généraliste de ville, après un premier bilan somatique sur sollicitation de l'équipe psychiatrique du CMP (situations complexes pour des patients n'ayant pas de médecin traitant). Enfin, le psychiatre référent établit un courrier de surveillance somatique.

3. Optimiser la prise en charge en santé mentale des patients hospitalisés dans le champ MCO

Développer la psychiatrie de liaison

Pour favoriser le lien entre les équipes somatiques du CHV et l'équipe de psychiatrie de liaison, il serait souhaitable d'envisager de leur donner accès au DPI du CH de Valence.

Améliorer les liens entre le CHV et le CHDV

Pour atteindre cet objectif, des formations communes des médecins pourraient être organisées. De manière plus générale, il est proposé de donner accès aux professionnels de santé (médecins, diététicienne, kiné, psychomotricien...) aux formations réalisées par le CH de Valence et réciproquement.

4. Partager l'information

Dans le cadre du projet d'établissement, le renforcement du partage d'information sera capital. Cela passe d'abord par la transmission d'informations : les médecins du CHDV doivent pouvoir avoir accès au **compte rendu des examens d'imagerie**. Il faut également organiser la possibilité de **se rendre disponible** (par téléphone /mail/mon espace santé) pour favoriser le lien ville hôpital. Il faut enfin permettre l'ouverture des systèmes d'information hospitaliers aux partenaires : par exemple **permettre un accès au DPI** (Easily) des CH où les psychiatres du CHDV assurent la liaison ou **Espace numérique Santé** : accès au DPI du GHT, MON SISRA.

MOYENS

1er axe :

- renforcement de la prise en charge somatique : recrutement de médecins généralistes, avec un référent somatique pour chaque unité soit 1 ETP médical pour 50 lits.
- prise en charge spécialisée sur site : acheter un polygraphe et former un médecin à la polygraphie
- les prothèses dentaires : obtenir le financement des prothèses dentaires, de l'ordre de 10 000 € par an
- la pédiatrie et neuropédiatrie : + 0,1 ETP de pédiatre sur l'unité DOLTO.

2ème axe :

- équiper les CMP en ECG à la demande du psychiatre responsable d'unité
- monter une équipe médecine générale de liaison en CMP : moyen médical du 1.a. à hauteur de 0,2 ETP et 0,6 ETP infirmier.

3ème axe :

- développer la psychiatrie de liaison : porter à 2,5 ETP les effectifs Psychiatres pour garantir 2 ETP sur l'antenne psychiatrique des urgences de Valence (projet psychiatrie de liaison + permanence 9-21h).

INDICATEURS

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
% de consultations complexes et de suivi chronique ¹⁷						
Nombre d'ETP de médecine générale	3,43	3,8	4,3	4,8	5,3	5,8
Nombre de consultations	5 845	6 500	7 300	8 200	9 000	9 850
File active	1 295	1 430	1 620	1 700	2 000	2 200

¹⁷ Code acte spécifique à créer par le DIM pour l'UF de médecine générale du CCM (les libellés ou commentaires libres sont difficilement requêttables)

POURSUIVRE LA DYNAMIQUE DE PRISE EN CHARGE À LA MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE

CONTEXTE

Le CHDV dispose de 30 lits en MAS accueillant des résidents en situation de handicap avec une spécialité dans l'accompagnement de personnes atteintes de troubles psychiques.

La MAS Van Gogh est un établissement médico-social faisant partie intégrante du CHDV.

Néanmoins, cette structure intervenant dans le champ médico-social, des documents complémentaires viendront préciser ses ambitions et modalités de fonctionnement :

- Un projet socio-éducatif
- Un projet de soins
- Un projet médical.

LE PUBLIC ACCUEILLI

La MAS accueille des personnes présentant des handicaps psychiques lourds nécessitant une aide dans tous les actes du quotidien ainsi qu'une surveillance médicale fréquente.

La connaissance fine, par l'équipe des personnes accueillies est d'autant plus nécessaire que majorité des résidents n'ont pas accès à la parole.

Les prises en charge sont lourdes notamment en terme de nursing, avec une population vieillissante (moyenne d'âge supérieure à 50). Un travail d'orientation vers des structures pour la personne âgée est en cours pour répondre à cette problématique.

La MAS accepte des demandes d'admission venant des unités d'hospitalisation mais aussi de structures extérieures.

Néanmoins une priorité est donnée aux patients hospitalisés afin de limiter l'accueil de ces personnes dans des services ne répondant pas entièrement aux besoins

L'ÉQUIPE MÉDICALE, SOIGNANTE ET ÉDUCATIVE

La MAS dispose d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs, d'aides médico-psychologiques et d'accompagnants éducatif et social. Ces professionnels évoluent avec des aides-soignants et des infirmiers qui sont également impliqués dans la démarche éducative de la structure.

Les médecins somaticiens sont présents quotidiennement pour répondre aux différents besoins du public.

De plus, la présence d'un médecin psychiatre pour 0.2 ETP est indispensable au suivi, aux projets et à l'évolution de ce public.



LES PRISES EN CHARGE

La MAS Van Gogh a pour mission première d'assurer l'hébergement et l'accompagnement des personnes en situation de handicap n'ayant pas ou peu d'autonomie. La MAS répond donc aux besoins fondamentaux des personnes mais se doit également de proposer des accompagnements visant à répondre à des besoins sociaux, culturels, éducatifs et thérapeutiques. La culture de cette structure est notamment de permettre aux résidents d'évoluer pleinement sur leur lieu de vie en bénéficiant de la pluridisciplinarité des accompagnements proposés.

La MAS s'engage à la mise en place de démarches favorisant l'identification de vulnérabilités (handicap physique et/ou psychologique, sensibilité à l'environnement, prise en charge collective, etc.) afin d'en prévenir les conséquences et de garantir la qualité de l'accompagnement.

LES LOCAUX

Les locaux actuels sont vieillissants et montrent leur limite dans le cadre de l'accompagnement de ce public. Le CHDV est dans une démarche de reconstruction/aménagement de locaux afin de proposer une MAS adaptée au public et à ses besoins. La livraison est prévue pour le dernier trimestre 2025.



OBJECTIFS POURSUIVIS

- 1. Être dans une démarche de participation active en associant résidents, familles et représentants légaux**
- 2. Utiliser et mettre en place des activités/pratiques/outils avec pour support les nouveaux espaces de la nouvelle construction**
- 3. Accueillir des patients de l'établissement ayant une orientation en MAS au sein du CHDV**
- 4. Être reconnu en tant que MAS dynamique et force de proposition sur le territoire en termes d'expertise liée au champ de la santé mentale.**

MOYENS

- Rédaction d'un projet d'établissement médico-social en collaboration avec les équipes, les partenaires, les résidents (en fonction de leur capacité) et leurs familles
- Mise en place d'une organisation pluridisciplinaire prenant en compte le projet d'établissement et l'architecture des nouveaux locaux
- **Ressources humaines** à budget fermé avec une GTT adaptée aux besoins des organisations.
- **Matériel** : Achat de matériels adaptés pour l'ergonomie des résidents et des professionnels dans une démarche d'autonomisation du public accompagné.
- **Formation** : Décliner l'offre des formations pour les professionnels de la MAS en adaptant les thèmes institutionnels et accompagner ces derniers dans l'acquisition de nouvelles compétences. Exemple : Maîtresse de maison, autisme.



ÊTRE PARTENAIRE



I. COORDONNER LES PRISES EN CHARGE AVEC LES AUTRES ACTEURS DU SOIN	50
1.1 Contribuer activement au projet médical partagé du GHT	50
1.2 Développer des parcours de soins avec la ville, CPTS, médecins généralistes et autres réseaux de santé	51
II. OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ	53
2.1 Améliorer la coordination avec les structures médico-sociales	53
2.2 Améliorer l'accès au logement	54
2.3 Améliorer l'accès à l'emploi	55
2.4 Développer nos liens avec les écoles, les universités et centres de formation	57
2.5 Améliorer l'accès aux activités socio-culturelles et sportives	58
2.6 Améliorer la collaboration avec la police, la justice et le SAMU	59
2.7 Développer l'offre de formation pour nos partenaires	60
2.8 Développer les partenariats avec les communes	61

COORDONNER LES PRISES EN CHARGES AVEC LES AUTRES ACTEURS DU SOIN

Contribuer activement au projet médical partagé du GHT

CONTEXTE

Le Centre Hospitalier Drôme Vivarais est membre du GHT Rhône Vercors Vivarais qui compte 10 établissements. Le CHDV a quatre représentants médicaux à la CME de ce groupement. Par ailleurs, la directrice du CHDV et le président de CME participent au comité stratégique.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le CHDV a pour objectif de s'impliquer dans la construction du projet médical partagé du GHT afin d'améliorer les axes de collaboration avec les autres établissements.

Les instances du GHT doivent permettre de repérer les axes d'amélioration possibles dans les collaborations entre les différents établissements.

Dans le cadre de ce projet stratégique territorial, le CHDV souhaite notamment s'engager dans un partenariat renforcé avec :

- l'hôpital de Valence, plusieurs axes de travail ont d'ores et déjà été identifiés : la psychiatrie de liaison, l'addictologie et les urgences
- l'hôpital de Romans, un travail est en cours pour réorganiser l'équipe d'accueil des urgences en lien avec la réorganisation des lignes d'astreinte du CHDV.



COORDONNER LES PRISES EN CHARGES AVEC LES AUTRES ACTEURS DU SOIN

Développer des parcours de soins avec la ville, CPTS, médecins généralistes et autres réseaux de santé

CONTEXTE

Les acteurs de la médecine de ville sont des partenaires importants dans la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiques. Des collaborations existent déjà mais le partenariat doit être approfondi.



OBJECTIFS POURSUIVIS

Le projet s'articulera sur les six actions opérationnelles suivantes :

1. Améliorer le retour d'informations vers les professionnels libéraux

Selon les résultats de la certification, les dossiers patients du CHDV sont bien documentés et les courriers de sortie d'hospitalisation sont rédigés dans les jours suivant la sortie. Cependant, les courriers papier ne sont pas toujours reçus par les partenaires libéraux. À cette fin, le CHDV se donne les objectifs suivants :

- ouvrir un compte Mon Sisra pour tous les médecins du CHDV, les former et favoriser l'utilisation de cet outil (envoi de documents, fil de discussion, partage d'information...)
 - systématiser le renseignement des coordonnées du médecin traitant dans le DPI
 - à la fin de chaque hospitalisation, envoyer via Mon Sisra la lettre de sortie et du CR d'hospitalisation aux correspondants
 - en ambulatoire, envoyer systématiquement le courrier dans les 48h en cas de modification de traitement, et partage d'information concernant les évolutions cliniques du patient
 - organiser la bonne réception des informations envoyées par les médecins généralistes et les intégrer dans Cariatides
- Un effort doit également être fait pour améliorer la qualité des documents transmis et de leur conformité par rapport aux attendus de la certification.

2. Faciliter l'accès à des avis psychiatriques pour les médecins généralistes

Les troubles mentaux représentent 15% des consultations de médecins généralistes¹⁸ et ces derniers seraient à l'initiative de 90% des traitements antidépresseurs¹⁹. Il est important que des avis spécialisés puissent leur être donnés facilement.

Le CHDV se donne les objectifs suivants :

- permettre aux médecins généralistes de solliciter les médecins psychiatres par un fil de discussion sur Mon Sisra
- communiquer aux médecins généralistes des numéros de téléphone auxquels ils peuvent joindre facilement un médecin psychiatre de leur territoire.

3. Accompagner les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques

Déployer des consultations de psychiatres dans les maisons de santé

Un tel dispositif existe déjà à Buis-les-Baronnies. À Tournon, les nouvelles structures ambulatoires adultes et enfants sont construites au sein d'un pôle santé. Dans les autres zones du territoire, une réflexion doit être conduite pour développer les consultations de psychiatrie au sein des maisons de santé de manière à faciliter les échanges au quotidien entre médecins généralistes et psychiatres.

Créer des consultations de MG au sein des structures psychiatriques

Pour les patients suivis en psychiatrie, l'accès à un médecin généraliste peut-être difficile et cela pénalise leur suivi somatique. La réalisation d'une vacation de médecin généraliste dans une structure psychiatrique permettrait de réaliser un premier bilan au sein d'une structure qu'ils connaissent déjà. Le suivi somatique devrait ensuite être poursuivi par un autre médecin généraliste du territoire avec qui le patient pourrait être mis en contact. Cette vacation pourrait être assurée par un médecin libéral ou par un médecin généraliste de l'établissement, si les effectifs le permettent.

Organiser des temps d'échange clinique

Les temps d'échange clinique sont un élément essentiel à la réalisation d'une prise en charge cohérente. Sur chaque territoire, il est nécessaire de mettre en place des réunions cliniques partagées réunissant psychiatres et médecins généralistes. Ces réunions pourront prendre différents formats ou fréquences selon les besoins repérés sur le territoire.

Organiser le suivi d'une partie des patients par les médecins généralistes

Pour les patients présentant une pathologie chronique stabilisée depuis plus de 12 mois le suivi psychiatrique pourrait être réalisé par le médecin généraliste. Dans le cadre de la gradation du recours au soin, il est nécessaire d'organiser le relais des prescriptions médicamenteuses vers le médecin traitant tout en permettant au patient de garder un lien avec le CMP (consultations infirmier de pratique avancée et/ou de psychiatre une fois par an pour évaluation de l'état clinique, de l'efficacité et de la tolérance des traitements).

4. Structurer nos relations avec les Communautés Professionnelles des Territoire de Santé

Les communautés professionnelles de territoire regroupent un ensemble de professionnels de santé qui collaborent entre eux pour améliorer l'organisation des soins. Les pôles de l'établissement doivent organiser des rencontres régulières avec les porteurs de CPTS de manière à identifier les améliorations possibles dans l'organisation des soins sur un territoire. Cela doit permettre d'élargir les collaborations avec l'ensemble des acteurs de la santé en ville, et notamment, les infirmiers libéraux.

INDICATEURS

- nombre de comptes-rendus envoyés par Mon Sistra
- part des patients de la file active du CHDV ayant eu une consultation de MG dans l'année
- nombre de réunions d'échange organisées sur le territoire.



¹⁸ Younes N, Gasquet I, Gaudebout, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B et al. General practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC FAM Parct 2005; 6:18

¹⁹ CNAMTS. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2015. Paris : CNAMTS ;2014.

OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Améliorer la coordination avec les structures médico-sociales

CONTEXTE

Une bonne coordination fonctionnelle avec les structures médico-sociales est un enjeu particulièrement important pour le CHDV. Ce lien permet de trouver des structures d'accueil pour les patients de l'établissement à l'issue de leur séjour hospitalier ou au cours de leur suivi en ambulatoire. Cela permet également d'assurer leur suivi dans ces structures.

Les structures médico-sociales bénéficient de l'expertise psychiatrique du CHDV pour les résidents qu'ils accueillent afin d'évaluer leur état clinique, de participer à leur projet de soins et d'éviter ainsi les hospitalisations. Ces structures ont ainsi accès aux soins psychiatriques pour leurs résidents, ainsi que des possibilités d'étayage des équipes sur les soins psychiatriques.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le projet s'articulera sur les six étapes et actions opérationnelles suivantes :

1. Identifier les acteurs concernés par territoire polaire

Il s'agit de recenser, par pôle, les structures médico-sociales partenaires. Ce recensement devrait être mis à jour régulièrement.

2. Donner plus de lisibilité à l'organisation du CHDV

En parallèle, un document par pôle présentant son organisation et les coordonnées des services ou interlocuteurs pour les structures médico-sociales va être rédigé. Ce document figurera sur le site internet et l'intranet du CH. Le rôle des cadres supérieurs de santé en tant que référent des structures médico-sociales sur le territoire sera précisé.

3. Améliorer la coordination des pôles après la sortie d'un patient vers une structure MS

L'objectif est de permettre l'articulation entre le pôle d'origine du patient et le pôle de « rattachement » du patient du fait de son nouveau lieu de vie. Il s'agit également d'assurer le suivi ambulatoire par l'équipe du pôle correspondant à la nouvelle résidence du patient. En cas d'hospitalisation dans les six mois, le retour sur le pôle adresseur est prévu.

Pour assurer la coordination entre structures, il sera proposé aux structures médico-sociales de participer aux synthèses patients régulièrement ou en cas de besoin.

4. Faire mieux connaître, au plus près des structures, l'expertise du CH et la psychiatrie

Des formations et/ou des interventions vers les structures médico-sociales seront organisées. Sur un sujet ciblé et identifié ensemble, elles pourront être réalisées en présentiel ou par visio-conférences.

5. Renforcer les interventions dans les structures médico-sociales

Le développement des interventions dans les structures médico-sociales peut prendre 2 formes : soit des **conventions de mise à disposition** de professionnels du CHDV dans les structures médico-sociales, soit des **VAD des équipes** du CHDV au sein de ces structures.

Pour les adolescents, l'EMPEA va permettre de renforcer la présence des équipes de psychiatrie dans les structures d'aide sociale à l'enfance et d'améliorer la collaboration avec les éducateurs de l'ASE, ainsi qu'avec les structures médico-sociales.

6. Mieux connaître les partenaires MS

Il est proposé de participer davantage à leurs journées portes ouvertes ou à toute autre manifestation.

INDICATEURS

- tableau mis à jour des structures MS
- document de présentation de chaque pôle
- mise à jour de la procédure incluant les modalités de transmission des informations

OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Améliorer l'accès au logement

CONTEXTE

L'accès au logement pour des citoyens en situation de handicap psychique n'est pas simple. L'offre est faible et les délais d'accès sont longs. Ainsi, certains patients finissent par « vivre » à l'hôpital. Sur 10 ans, de 2012 à 2021, un peu moins de 300 patients sont restés presque deux ans et demi (en continu ou discontinu). Par comparaison, l'accès à l'offre d'hébergement est plus aisée ; les patients orientés par le CH Drôme Vivarais ont une réponse dans les six mois.

Le champ du logement pour personnes handicapées psychiques est à la croisée des champs sanitaire, médico-social et social. Il requiert une évaluation, une orientation et un suivi coordonné et réactif pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement.

Dans cette optique, le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) organise et centralise sur le département l'ensemble des demandes d'hébergement et de logement adapté²⁰.

Le plan départemental d'action 2019-2024 pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées prévoit l'expérimentation d'un accompagnement au maintien des publics souffrant de troubles psychiques auprès de 5 à 6 personnes.

Logement autonome : le service social du CHDV a instruit en 2021, 95 demandes de logement social et 54 recherches de logements dans le parc privé. Le délai de réponse est à 18 mois et très peu de personnes ont accès aux logements autonomes (social comme privé). 30% des demandes aboutissent dans le parc privé. Le CHDV propose peu d'accompagnement des patients dans la recherche de logement dans le parc privé.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le projet s'articulera sur les trois actions opérationnelles suivantes :

1. Développer l'offre de logements de transition portés par le CHDV

Le CHDV va proposer une offre d'appartements sur le nord et le sud du territoire. En parallèle, il est proposé d'ouvrir une offre d'appartements en intra sur le site de Montéleger.

2. Développer nos partenariats avec les acteurs du logement

Améliorer les liens institutionnels

Il est proposé de réviser les conventions de manière annuelle pour vérifier qu'elles correspondent bien aux missions. Le CHDV pourrait participer aux commissions du SIAO, ainsi qu'au conseil d'administration de Soliha.

Augmenter le nombre de patients qui peuvent bénéficier des dispositifs de nos partenaires

Il s'agit de renforcer le partenariat avec les bailleurs sociaux en augmentant le nombre de logements mis à disposition du CHDV (notamment avec Habitat et humanisme et SOLIHA), d'augmenter le nombre d'entrées possibles sur les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les lits halte soins santé et les pensions de famille (Valensolle entraide). Enfin, le CHDV pourrait participer au développement des familles gouvernantes (offre portée par l'UDAF).

Accompagner les partenaires

Pour accompagner les partenaires dans la mise en œuvre des deux actions ci-dessus, le CHDV propose de renforcer l'étayage en soins des personnes qui ont intégré un hébergement ou un logement dans le cadre d'une coopération. Le CHDV propose de les accompagner en renforçant leur étayage en soins. Le CHDV va mettre en place des formations « santé mentale » aux professionnels des organismes partenaires, prioritairement auxiliaires de vie et AFS.

3. Proposer aux patients un appui social dans l'accès au logement

La première étape consiste à disposer d'un annuaire des structures sociales d'hébergement et de logement à diffuser sur l'intranet de l'établissement. Il faudra ensuite développer les mesures d'AVDL (accompagnement vers et dans le logement) et l'AHM (accompagnement hors les murs).

En parallèle, des actions collectives de recherche de logement autonome seront mises en place : soit à partir de dispositifs existant (L'EIL de la maison de l'habitat sur Valence et Romans), soit sur Montéleger.

Il s'agit d'accompagner le patient dans la recherche du logement et dans l'acquisition des droits et devoirs du locataire et aussi dans le savoir habiter.

INDICATEURS

	2019	2022	2023	2024	2025	2026
Places d'appartements collectifs CHDV (extra + intra)	8	19	23	25	27	30
Séance d'action co Recherche logement		1	25	50	50	50

²⁰ À l'exclusion de l'accueil familial social, l'offre proposée par LADAPT, les demandes de logements sociaux et les appartements de coordination thérapeutique du Diaconat protestant

OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Améliorer l'accès à l'emploi

CONTEXTE

L'accès à l'emploi est un puissant vecteur de développement de lien social, d'amélioration de la confiance en soi, d'autonomie et donc d'amélioration de l'état de santé mentale. Au sein du CHDV, le C2R est l'acteur principal de l'accès ou du maintien dans l'emploi. Les structures des pôles territoriaux peuvent également être impliquées, particulièrement dans les secteurs les plus éloignés de Valence.



OBJECTIFS POURSUIVIS

Les ambitions du CHDV se déclinent en trois axes :

1. Développer les partenariats

Le CHDV se donne pour mission de développer très largement les partenariats avec le monde du travail :

Les services publics de l'emploi (Pôle emploi-Cap emploi, Mission locale)

L'équipe du C2R doit rencontrer tous les conseillers Cap emploi des secteurs du territoire du CHDV (Vallée de la Drôme, Drôme des collines, Grand Valentinois, Tain-Tournon-Saint Vallier), ainsi que les missions locales des différents territoires concernés. (a) Ces rencontres doivent permettre la création d'un annuaire des différents partenaires ainsi que des outils de suivi conjoints des personnes suivies au CHDV ; (b) il sera proposé des temps réguliers d'échange avec les différents territoires (fréquence à déterminer). Pour que les collaborations soient très opérationnelles, il est nécessaire que les personnes des différentes structures se connaissent et aient l'habitude de travailler ensemble. La mise à disposition, d'un conseiller cap emploi dans les locaux du C2R est envisagée. Cela permettrait de fluidifier le partenariat.

Le partenariat avec Messidor

L'équipe du C2R et l'équipe de job coach de Messidor sont actuellement régulièrement en contact. Une personne de Messidor vient une demi-journée par mois. Des entretiens communs pour les patients suivis sur le C2R et qui ont un projet avec le job coaching de Messidor ont lieu une fois par mois. Il est important que ce dispositif se pérennise. À noter que Messidor s'appuie sur une orientation MDPH et non sur une orientation par les services publics de l'emploi. Le CHDV se donne également pour mission de développer le job coaching pour les personnes qui n'ont pas encore d'orientation MDPH.

Le partenariat avec LADAPT

Certains accompagnements proposés par LADAPT sont très proches de ce que fait le C2R. Mais d'autres différents avec une valence plus médicale et paramédicale sur le C2R. Un travail doit être réalisé afin d'améliorer la complémentarité des offres du C2R et de LADAPT. Des temps d'échange et d'observation de l'équipe du C2R dans les locaux de LADAPT permettrait de concevoir des articulations pertinentes. Il est important que les deux équipes précisent leur possible apport et les limites de chaque structure de manière à éviter les mauvaises orientations.

Les équipes du CHDV peuvent, par exemple apporter leur appui et leur expertise dans le cadre de la réalisation de bilans spécifiques. Les bilans proposés par LADAPT devraient pouvoir être suivis d'une proposition de soins au sein des structures du CHDV et au C2R en particulier. Dans certains cas, il pourrait être pertinent que des personnes puissent être orientées vers des prestations de LADAPT sans passer par Pôle emploi puis Cap emploi.

Pour l'ensemble des partenaires :

Pour une meilleure lecture du partenariat par le CHDV, l'équipe du C2R pourrait participer au moins une fois par an au temps d'échange pluripartenarial existant entre LADAPT, Messidor, Cap emploi. Le C2R pourrait également participer à la semaine pour l'emploi des personnes handicapées ou toute autre manifestation sur les thèmes de l'emploi et du handicap.

Le CHDV doit aussi veiller à ce que son organisation soit très lisible pour les partenaires extérieurs. Une plaquette spécifique présentant l'offre doit être éditée et distribuée à tous nos partenaires.

2. Favoriser l'engagement des personnes et simplifier les parcours

Mise en place d'outils communs

Il paraît important, afin de favoriser la compréhension par les usagers des différents types d'aide, de réaliser un document synthétique décrivant l'ensemble des acteurs et des prestations possibles pour permettre un retour à l'emploi. Par ailleurs, il pourrait être mis en place sur le C2R, un espace groupal spécifique sur la question du travail, à destination des personnes avec un handicap psychique. Il serait une application « vivante » du document précédent, avec intervention des différents partenaires.

Réflexion sur la simplification des parcours

Une réflexion doit être approfondie avec nos partenaires pour décrire les parcours d'accès aux différents services et réduire les délais d'accueil des personnes. Par exemple, actuellement, l'accès à un conseiller Cap emploi nécessite d'abord de réaliser un projet personnalisé avec un conseiller de Pôle emploi. Cette étape peut être décourageante pour les publics atteints d'un handicap psychique. Un partenariat rapproché pourrait permettre un accès plus direct à Cap emploi.

Aider à la construction d'un club house

Enfin, le CHDV se donne pour objectif de porter le projet d'ouverture d'un Club House. Ce type de dispositif existe notamment à Lyon et à Bordeaux. Il est autogéré par les personnes concernées avec l'appui d'un responsable issu du monde de l'entreprise. Il leur permet de gagner en autonomie, de renforcer leur confiance en eux et de mûrir un projet professionnel.

3. Développer les actions visant au maintien dans l'emploi

Le C2R comme support sanitaire du maintien dans l'emploi

Le C2R se donne pour objectif de développer son offre de diagnostic et de soins pour améliorer le maintien dans l'emploi. Actuellement, Cap emploi porte le maintien en emploi en Drôme Ardèche et travaille avec LADAPT et les services de santé au travail. L'offre du C2R pourrait s'articuler autour des dispositifs existants et proposer des compléments de soins : avis spécialisé, développement d'une offre de soins à apporter aux personnes.

Développer le soutien et la formation au handicap psychique pour la médecine du travail

Les services de santé au travail réalisent le suivi médical des salariés et indépendant du territoire. Le C2R va poursuivre son rapprochement avec ces services et leur proposer une offre d'avis psychiatrique et de formation.

Sensibiliser les entreprises à la question du handicap psychique

Le C2R se donne également pour mission de contribuer à prévenir la survenance de problèmes de santé mentale au travail et à lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. Pour cela, le C2R doit pouvoir développer :

- une offre de formation/information à destination des professionnels de l'accompagnement dans l'emploi (LADAPT, Cap emploi...)
- une offre de formation/information spécifique à destination des employeurs
- une contribution aux formations proposées par LADAPT.



INDICATEURS

- réalisation d'un annuaire des partenaires
- nombre de personnes accompagnées vers l'emploi. Actuel et cible à compléter
- nombre d'actions de prévention à destination des professionnels de l'accompagnement ou des entreprises. Objectif de participer à trois actions par an.

OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Développer nos liens avec les écoles, les universités et centres de formation

CONTEXTE

Les équipes du CHDV interviennent déjà en milieu scolaire (actes essentiellement non médicaux : 131 actes en 2019, 164 en 2020 et 161 en 2021), ainsi que dans le champ universitaire, puisqu'il existe depuis janvier 2022, une vacation d'un psychiatre sur l'Espace santé jeune (une demi-journée tous les quinze jours). Il permet de donner un avis psychiatrique rapide et de proposer une orientation vers les services spécialisés, si nécessaire, pour les étudiants valentinois.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Développer les coopérations du CHDV avec le champ scolaire et universitaire, selon trois axes : préventif, soins spécialisés et scolarité, inclusion.

1. Aller vers : favoriser la prévention des troubles psychiques en milieu scolaire et étudiantin

Mettre en place des formations à destination des services de santé de l'éducation nationale

L'objectif premier et primordial du lien avec les espaces scolaires et étudiantins, est de permettre une identification précoce des troubles psychiques et la mise en place de soins les plus précoces possibles. Le repérage des troubles ne peut être dévolu qu'aux médecins spécialistes et est d'abord l'affaire des services de santé de l'éducation nationale et des universités.

La **formation continue de ces professionnels** pourrait être une action proposée par le CHDV, afin de renforcer les connaissances sur le diagnostic et l'accompagnement des personnes (enfants, adolescents et jeunes adultes) touchées par un trouble psychique. La réduction du temps sans traitement adéquat est le principal facteur prédictif d'évolution des troubles psychiques sévères : le repérage précoce et la mise en place d'une thérapeutique adaptée vise à soulager rapidement certaines souffrances, éviter la chronicisation de certains parcours et l'émergence d'un handicap psychique associé.

Mettre en place des réunions réseaux avec les services de santé de l'éducation nationale et les CPEs

La mise en place de réunions réseaux (de tels temps sont déjà proposés sur l'établissement, exemple : réunion clinique pluridisciplinaire), avec les acteurs soignants de l'éducation nationale, mais aussi avec les CPEs (des réunions de bassins existent, mais l'établissement est peu sollicité) permettrait d'asseoir les liens entre les médecines scolaires/universitaires et les acteurs du CHDV. Le rythme serait à définir, avec un minimum d'une fois par an et selon des modalités particulières, en fonction des besoins.

Pendant les semaines d'information sur la santé mentale (SISM) : proposer une animation en ville sur le sujet

Un lien a déjà été réalisé avec les acteurs de la ville concernés (CLSM), afin de proposer, notamment à l'université une action d'information à destination des étudiants.

La possibilité de la réalisation d'actions similaires au sein des établissements scolaires est à interroger. D'autres supports d'information pourraient être utilisés (radio, internet etc...).

2. Se soigner et étudier : les soins spécialisés et la poursuite de la scolarité

Les adressages des champs scolaires, étudiantins vers les structures sanitaires (CMP en particulier, mais également CMPP, MDA), semblent plutôt opérants. Les structures sont connues et repérées, même si les délais d'accueil peuvent être variables. Des services de soins plus étayant existent dans la région (Clinique du Grésivaudan - 38 ; Chanay - 01).

Deux dispositifs innovants sont en cours de construction sur le CHDV visant l'accompagnement des jeunes, **l'équipe mobile adolescent** (jeunes de 12 à 17 ans) et **l'équipe mobile premier épisode** (jeunes de 16-30 ans). Leurs actions doivent permettre de réduire les délais de prise en charge des adolescents et jeunes adultes en situation de grande vulnérabilité psychiatrique.

Dans le champ universitaire, une consultation de psychiatre est actuellement proposée à Latour Maubourg. Le dimensionnement de cette consultation pourra être revu en fonction des besoins identifiés.

Si l'hôpital doit aller vers l'école, la réciproque devrait aussi être possible. La mise à disposition de professeur en pédopsychiatrie apparaît fondamentale afin de ne pas pénaliser encore plus profondément des élèves hospitalisés pour un trouble psychique.

3. Inclure...

Dans le champ universitaire, le Service Accueil Handicap (SAH) **accueille, conseille et accompagne de manière individualisée** chaque **étudiant en situation de handicap**. Il semble important de proposer des rencontres entre le C2R (Centre de Réhabilitation et de Remédiation cognitive) et le Service Accueil Handicap, afin de mieux intégrer la spécificité du handicap psychique au sein de l'université.

INDICATEURS

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Nombre de professionnels de santé de l'Éducation nationale formés			15	15	15	15	15

OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Améliorer l'accès aux activités socio-culturelles et sportives

CONTEXTE

Les activités de loisir, culturelles et sportives, sont moteur pour les patients, qui pour beaucoup souffrent d'ennui, d'isolement et de solitude. La maladie peut conduire à un repli sur soi, à des difficultés d'expression qui appauvrissent leurs relations, leurs capacités à échanger, à agir.

Un atelier artistique ou sportif crée un sentiment d'appartenance et permet le développement des compétences de l'individu. Ces activités permettent de sortir la psychiatrie des murs, du corps hospitalier et d'insérer l'établissement dans son environnement urbain en collaborant avec les acteurs locaux. Le projet d'établissement a permis la réalisation d'un état des lieux des activités et équipements existants.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les actions ci-dessous vont permettre très concrètement de proposer aux patients une offre élargie d'activités socio-culturelles et sportives.

1. Développer les activités sportives

Le « sport-santé » recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé physique, psychologique et sociale du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La pratique d'activités physiques ou sportives contribue au maintien de la santé chez le sujet sain dans le cadre de la prévention primaire. Elle contribue aussi chez les personnes vivant avec une maladie chronique ou atteintes de troubles psychologiques à améliorer l'état de santé, à prévenir l'aggravation et/ou la récurrence de ces maladies chroniques. Elle permet de lutter contre les effets secondaires métaboliques des traitements médicamenteux et d'améliorer le sentiment de bien-être mental et social.

Pour ces raisons, le CHDV se donne les objectifs suivants :

- développer les équipements en intrahospitalier : installer des vélos elliptiques dans les unités, baliser et proposer des parcours pédestres dans le parc, développer les activités aquatiques (piscine, balnéothérapie...)
- favoriser les liens avec les associations de sport adapté : CDSA 26/07, activités sportives en intra et extrahospitalier (atelier « passerelle »)
- développer les intervenants sportifs qui permettent de mettre en lien les patients avec une offre de sport
- nommer un référent sport par structure et y dédier du temps (0,3 ETP par pôle)
- proposer un partenariat avec les salles de sport : se rapprocher des coachs sportifs formés au sport adapté
- se rapprocher du Centre National pour le Développement du Sport (CNDS) pour les financements.

2. Développer les activités socio-culturelles

Les actions culturelles et artistiques contribuent au processus global de réhabilitation des patients ; il s'agit d'un solide vecteur d'inclusion et de reconnaissance sociale.

La politique culturelle permet de créer des espaces de rencontres entre usagers, professionnels de santé et artistes.

Élément déterminant de la constitution du citoyen, elle participe au rétablissement des personnes. La culture offre la possibilité de s'inscrire dans des aventures de création où le potentiel est stimulé et dans lesquelles peuvent se développer des relations humaines et sociales.

Pour ces raisons, le CHDV se donne les objectifs suivants :

- recruter un référent culturel issu du monde de la culture pour penser des projets en direction de nos publics, constituer les dossiers de réponse d'appel à projet et approfondir les partenariats
- nommer une personne « relais » dans chaque structure extra hospitalière
- développer les activités culturelles en intrahospitalier : atelier écriture, musique, théâtre
- développer des projets de résidence d'artistes permettant un enrichissement mutuel des représentations et des perceptions des artistes, des patients et des personnels sur l'institution et les soins
- développer les expositions dans les lieux publics du territoire et en intrahospitalier pour permettre un décloisonnement et faire évoluer les représentations et les conceptions, tant pour le grand public que pour les professionnels et les usagers.

3. Développer les ateliers numériques

Le développement des outils numériques et des nouvelles technologies dans le champ de la santé mentale est « un facteur d'émancipation et de développement du pouvoir d'agir des patients », a fait valoir le délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, Frank Bellivier, lors du deuxième symposium Management & Psychiatrie.

À l'ère du tout numérique, la fracture numérique et l'illectronisme creusent encore davantage les inégalités déjà existantes et renforce l'exclusion des personnes déjà fragiles.

Le dispositif de Pass numériques vise à lutter contre cet illectronisme, en donnant le droit d'accéder, dans des lieux préalablement qualifiés, à des services d'accompagnement numérique. Il se matérialise par le financement d'animation d'atelier (en groupe ou en individuel), d'initiation ou de perfectionnement au numérique (30 structures en Drôme).

C'est dans cette dynamique que le CHDV se propose de mettre en place des ateliers animés par les médiateurs numériques en intra et extrahospitalier.

OUVRIRE L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Améliorer la collaboration avec la police, la justice et le SAMU

CONTEXTE

Les définitions de la crise et de l'urgence diffèrent souvent selon les différents acteurs institutionnels, de la psychiatrie, des urgences hospitalières, du secteur ambulatoire, de la police et de la justice. Certaines situations considérées par certains comme une « crise », ne relèvent pas de l'urgence psychiatrique selon les professionnels de la psychiatrie (troubles du voisinage, difficultés dans le logement, ...)

Il apparaît donc nécessaire de définir des modalités coordonnées de gestion des urgences.

Le manque de sensibilisation, de formation de la Police, de la gendarmerie, des pompiers et parfois des SMUR, ou médecins correspondants SAMU, à la spécificité des pathologies psychiatriques dans les situations d'urgence et de crise est aussi souligné.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Pour ces raisons, le CHDV propose de développer les trois axes suivants :

1. Coordonner la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Dans un premier temps, il est prévu de proposer une synthèse des meilleurs pratiques et circuits sur les situations les plus à risque pour permettre des interventions conjointes et coordonnées CHDV/SAMU/POLICE, en identifiant un référent par institution. Pour poursuivre le projet, un protocole cadre avec les différentes institutions (convention multipartite) sera rédigé et décliné sur les territoires. Il faudra mettre en place un référent sur chaque territoire.

Dans le cas particulier des interventions du SMUR, il est envisagé de proposer une compétence infirmière en psychiatrie dans les équipes des SMUR lorsque l'intervention concerne un trouble psychique.

2. Étayer l'offre de formation

Le CHDV va proposer à l'ensemble de ses partenaires des sensibilisations et des formations à la santé mentale, notamment la formation Premier Secours en Santé Mentale.

3. Développer la communication et l'interconnaissance

La promotion de la convention (ou du protocole cadre) doit être réalisée auprès des professionnels des institutions concernées, mais également au-delà, auprès d'autres professionnels (comme les médecins généralistes) et de la population.

Des cellules de veille multidisciplinaire et d'analyse des situations d'urgence et de crise sont également prévues.



OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Développer l'offre de formation pour nos partenaires

CONTEXTE

Tant dans le grand public qu'au sein des professionnels de santé, le champ de la santé mentale reste méconnu. Cette méconnaissance impacte le recours aux soins de la part des patients potentiels ou avérés, la qualité des collaborations avec l'ensemble des partenaires et in fine l'efficacité même du dispositif.

Dans ce contexte, la formation constitue un enjeu tant pour la notoriété du CH Drôme Vivarais, opérateur clé du territoire de santé mentale, que pour créer et consolider des liens fonctionnels et opérationnels avec l'ensemble des acteurs concernés.

OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif principal est de positionner le CHDV comme acteur expert de la santé mentale et recours en termes de formations pour nos partenaires du territoire. Pour atteindre cet objectif, il est proposé dans un premier temps d'identifier les professionnels et les institutions qui pourraient en bénéficier, puis de préciser les axes et contenus des formations qui leur seraient proposées.

1. Professionnels ciblés

Les partenaires identifiés dans ce projet sont tout à la fois les professionnels médicaux, soignants, pharmaceutiques, paramédicaux, hospitaliers, libéraux (dans le cadre de la CPTS par exemple), mais aussi les structures sanitaires, médico-sociales (EHPAD, Conseil Général, MDA, etc.) et les autres acteurs du territoire (éducation nationale, pompiers, police, gendarmerie, personnel pénitencier).

2. Développer deux types d'offre

Une offre de proximité informelle et conviviale ayant vocation à permettre des échanges pluri-professionnels et à consolider le réseau des acteurs du territoire.

Cette offre serait à l'initiative du CHDV ou en réponse à la demande de nos partenaires. Les formats proposés pourraient être des capsules d'information sur des temps courts à l'extérieur ou au sein de l'établissement (cafés-infos, journées portes ouvertes, tables rondes, soirées, Psytruck, etc.).

Une offre bénéficiant d'une labellisation externe via l'obtention d'une certification QUALIOP

Cette certification permettrait une reconnaissance et une visibilité comme organisme formateur, une validation des acquis de l'apprenant, des réponses aux obligations de formation professionnelle continue (DPC) et, le cas échéant, des financements éventuels.

Les formats doivent répondre aux attendus de la formation continue : contenus validés, durée sur une ou plusieurs demi-journées, évaluation des acquis.

Toutes les méthodes pédagogiques peuvent être envisagées : présentiel, e-learning, blended learning, serious game, MOOCs/SPOCs.

3. Axes de formation et contenus

Connaissance de l'organisation de la prise en charge en Santé Mentale sur notre territoire

Il s'agit de décrire la structuration et l'organisation de l'offre de soins, préciser le cadre juridique (soins sans consentement, etc.) et renforcer la connaissance des filières : enfant, personne âgées

Psychiatrie & clinique

L'objectif serait d'accompagner les partenaires dans la connaissance des pathologies et de leurs prises en charge, de l'appropriation d'approches spécifiques (premier épisode, patient âgé, enfant/ado) et/ou de thématiques particulières (prise en charge du patient en crise, douleur, traitement médicamenteux, handicap psychique, pair aidance, etc.).

Autres thèmes sur demande des partenaires et autres institutions, comme la prévention du suicide (IREPS).

INDICATEURS

- nombre de formations par type par an
- nombre de participants

OUVRIR L'HÔPITAL SUR LES AUTRES ACTEURS DE LA CITÉ

Développer les partenariats avec les communes

CONTEXTE

Les départements et les communes sont des acteurs importants des politiques publiques contribuant à l'inclusion des patients. Le Centre Hospitalier Drôme Vivarais doit être un acteur bien identifié pour les acteurs territoriaux, des temps de rencontre et d'échange doivent permettre de collaborer plus efficacement.

Les principales instances de dialogue entre le CHDV et les communes sont les Contrats Locaux de Santé (CLS) et, quand ils existent, les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Le CHDV s'implique dans ces instances, dans les villes qui les ont développées (Valence, Romans). Par ailleurs, en 2021, des rencontres ont été organisées entre la direction, les responsables médicaux de pôles, les cadres supérieurs de santé et les maires des communes les plus importantes du territoire.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Le CHDV doit poursuivre ses efforts pour développer les partenariats avec les collectivités territoriales.

1. Poursuivre l'implication dans les CLSM existants

Le CHDV s'implique fortement dans les travaux des CLSM de Valence et de Romans qui organisent notamment les actions conduites dans le cadre des Semaines d'information en santé mentale.

Une réflexion pourrait être engagée sur l'extension des missions de ces CLSM à d'autres actions contribuant à la déstigmatisation. Le CHDV s'implique par ailleurs dans la cellule de veille du CLSM de Valence, qui permet de réunir les acteurs du soin et les acteurs de la ville autour de situations complexes.

2. Soutenir la création de nouveaux CLSM

Le CHDV doit s'impliquer dans la démarche de création de nouveaux CLSM. Un projet dans le Diois est en cours de finalisation, un autre est en réflexion dans la commune de Buis-les-Baronnies. Par ailleurs, la promotion des CLSM, comme instance partenariale, devrait être faite de manière à inciter d'autres communes à mettre en place ce type d'instance.

Les discussions amorcées avec la mairie de Dieulefit concernant la mise en place d'une cellule de veille, pourraient être relancées par la présentation du fonctionnement d'un CLSM par une coordinatrice.

3. Proposer des temps d'échanges réguliers pour les communes plus petites

Le territoire du CHDV étant en grande partie rurale, certaines communes n'atteignent pas une taille suffisante pour mettre en place un véritable CLSM. Néanmoins, des rencontres entre le CHDV (représenté par la directrice ou un cadre supérieur de santé et/ou un psychiatre) pourraient être organisées régulièrement de manière à renforcer les liens de partenariat entre tous les acteurs. Cela doit contribuer au renforcement du rôle des cadres supérieurs de santé comme référent d'un territoire.

Le CHDV organise, en 2022, un temps d'échange départemental auquel sont invités ses différents partenaires (justice, ESMS, CHV, social...).

Il pourrait être envisagé que cette rencontre soit reconduite annuellement et de manière itinérante, de sorte que les partenaires excentrés de Valence puissent y participer plus facilement.



NOUS ORGANISER



I. DÉVELOPPER UNE DÉMARCHE ÉCO-RESPONSABLE	64
II. STRUCTURER UN MODE DE GOUVERNANCE PARTICIPATIF	65
III. STRUCTURER LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL	66
3.1 En intra hospitalier, des organisations qui permettent de synchroniser les temps médicaux et soignants	66
3.2 Dans les services ambulatoires, repenser les missions des différents corps de métiers	67
IV. DÉVELOPPER L'APPROPRIATION PAR LES PROFESSIONNELS DE LA GESTION DES RISQUES	69
V. AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	70
5.1 Qualité de vie au travail	70
5.2 Améliorer l'attractivité de l'établissement	72
5.3 Continuer à garantir la sécurité des personnels	73
5.4 Développer la politique de formation	74
VI. DÉPLOYER UNE NOUVELLE POLITIQUE DE COMMUNICATION	75
VII. DÉPLOYER UN SCHÉMA DIRECTEUR DES OUTILS INFORMATIQUES	77
VIII. PARTICIPER À DES PROJETS DE RECHERCHE	79

CONTEXTE

Le CHDV en tant qu'acteur public majeur du territoire souhaite s'engager en mettant en place une démarche éco-responsable, inscrite dans son projet stratégique.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Cette démarche s'articule autour de cinq axes :

1. Réduire les émissions de CO2 en lien avec l'activité du CHDV

La première étape consiste à évaluer la situation du CHDV avec la réalisation d'un Bilan de Gaz à Effet de Serre. Compte tenu de ce bilan, une démarche de réduction de la consommation d'énergie fossile (au niveau du chauffage, des transports, de l'alimentation) est prévue. Le CHDV va également contribuer à la production d'énergie propre (photovoltaïque et géothermie) et développer une politique des achats éco-responsable.

Le CHDV va favoriser des déplacements du personnel à moindre nuisance en CO2 en aménageant un parking à vélos, couvert et sécurisé, des bornes de recharge électrique pour les voitures du personnel et des achats de véhicules électriques pour l'institution. Par ailleurs, un travail de sensibilisation du personnel au covoiturage sera engagé. De même, le développement d'un système de visio-conférence est souhaité.

De manière générale, le CHDV va s'engager sur ces cinq prochaines années à sensibiliser et à former le personnel sur les démarches de réduction de la consommation d'énergies fossiles.

2. Améliorer la gestion des déchets et maîtriser les effluents sur le CHDV

Trois typologies d'actions sont prévues. D'abord, le CHDV va limiter l'utilisation des emballages, en réduisant au maximum l'utilisation des bouteilles d'eau à usage unique (préférer l'eau du robinet). Parallèlement, le tri des déchets sera amélioré : au niveau qualitatif en développant davantage la sensibilisation et l'information du personnel et au niveau quantitatif en finalisant la mise en place des filières de tri pour que tout soit trié, y compris le plastique et les déchets alimentaires.

Enfin, il est prévu de mettre aux normes le système du rejet des effluents (zone de stockage des déchets).

3. Réduire le gaspillage

Pour réduire le gaspillage, le CHDV va mieux identifier les besoins matériels et alimentaires, adapter au mieux les commandes aux besoins. Sur ce sujet du gaspillage, il est proposé également de sensibiliser et de former le personnel.

4. Développer une alimentation éco-responsable

Dans un premier temps, la loi EGALIM sera mise en place sur le CHDV. Une réduction du gaspillage alimentaire au cours des cinq prochaines années est souhaitée. Le CHDV va contribuer à la réduction de l'impact écologique lié à l'élevage et à la consommation de viande. Comme pour les autres axes, la sensibilisation et la formation du personnel trouvera toute sa place.

5. Préserver la biodiversité

Il est proposé de développer l'aménagement du parc en y préservant la biodiversité avec un plan de gestion du bois.

6. Former et sensibiliser le personnel aux enjeux du réchauffement climatique

Au-delà des changements organisationnels portés par le CHDV, les émissions de gaz à effet de serre et la destruction de la biodiversité résultent d'une multitude de petites décisions individuelles. Il est nécessaire qu'il y ait une prise de conscience collective sur ces sujets. Les changements nécessitent de larges évolutions sociales et une envie de modifier notre façon d'être monde.

INDICATEURS

Formation et sensibilisation du personnel :

- nombre de personnes formées à la « fresque du climat »

Réduire les émissions de CO2 en lien avec l'activité du CHDV :

- résultats du prochain bilan GES
- tenue d'indicateurs de consommation : fioul, gaz, gasoil

Améliorer la gestion des déchets et maîtriser les effluents sur le CHDV :

- identification et affichage de toutes les filières de tri sur le CHDV
- tenue d'indicateurs du poids des déchets par catégorie

Développer une alimentation éco-responsable :

- tenue d'indicateurs de consommation d'alimentation BIO, écolabel, viande (par type).

CONTEXTE

L'organisation et le circuit de décision :

Le dispositif de management du Centre Hospitalier Drôme Vivarais repose sur l'association du corps médical à la prise de décision, la responsabilisation des différents acteurs et la simplification des modes de gestion. Les chefs de pôles sont associés de manière étroite à la conduite générale de l'établissement à travers le directoire. Tous les médecins sont invités à la CME, instance dans laquelle le dialogue est riche et permet de définir la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Enfin, pour assurer une fluidité dans l'avancement des projets, une réunion de direction élargie associe les cadres supérieurs de pôles, et les responsables administratifs.

Les projets des pôles doivent permettre de décliner les orientations prévues dans le projet d'établissement, qui s'inscrivent elle-même dans les orientations nationales et territoriales.

Ils doivent faire l'objet d'une discussion en directoire et/ou en CME.

Les décisions interviennent après ces phases de discussions.

L'organisation polaire et les contrats de pôles :

Le CHDV est, d'ores et déjà organisé en pôle d'activité médicale et des contrats sont signés annuellement. Ils fixent par exemple les cibles à atteindre par chaque pôle concernant :

- le niveau d'activité
- la déclinaison par pôle des objectifs fixés par l'ARS en termes de réduction de l'isolement et de la contention, des soins sans consentement, et du nombre d'hospitalisations réalisées sans passage par les urgences
- les évolutions attendues concernant le virage ambulatoire et le développement de « l'aller-vers ».

Les outils de pilotage :

La direction des finances et du contrôle de gestion met à disposition des pôles des tableaux de bord d'activité mis à jour de façon mensuelle. Un échange est prévu sur ces données en directoire. Ces données doivent permettre d'analyser collectivement la qualité des organisations et la juste adéquation entre les ressources et les activités des différents secteurs.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs du projet sont de donner de la visibilité sur le dispositif de management et le circuit de décision du CHDV, de renforcer les contrats de pôles avec des objectifs opérationnels sur la mise en œuvre du projet d'établissement en y incluant également des indicateurs sur le niveau de qualité des soins. Il s'agit aussi de renforcer les outils de pilotage des pôles, notamment pour prendre en compte les évolutions du mode de financement des activités en psychiatrie pour mettre en place, à terme, un dispositif d'intéressement au sein du CHDV. Ces objectifs vont se décliner sur les cinq ans du projet de la façon suivante :

Organisation et circuit de décision

L'un des objectifs pour les cinq années à venir est d'associer des représentants de patients et de leur famille à certaines réunions institutionnelles. Ainsi, certaines réunions du directoire pourraient leur être élargies.

Par ailleurs, pour une plus grande transparence dans le management de l'établissement, les relevés de décisions du directoire pourraient faire l'objet d'une large communication au sein de l'établissement.

L'organisation polaire et les contrats de pôle

Pour les cinq prochaines années, l'objectif est de renforcer les éléments des contrats de pôles portant sur :

- la qualité des soins
- la satisfaction des usagers
- le développement des coopérations avec les autres acteurs du territoire.

Les outils de pilotage

Les indicateurs de pilotage de l'établissement doivent évoluer de manière à :

- mieux évaluer la qualité des soins réalisés en liens avec les objectifs fixés sur ces sujets dans les contrats de pôle
- prendre en compte les évolutions du mode de financement des activités en psychiatrie
- améliorer l'ergonomie du système d'information et l'appropriation des indicateurs par les équipes de pôles et plus largement, les médecins et cadres de l'établissement.

Une réflexion pourrait être portée sur le développement d'indicateurs permettant d'évaluer l'amélioration de la qualité de vie pour les patients. La grille HONOS, développée au Royaume-Uni semble être un outil intéressant.

Dispositif d'intéressement

Des dispositifs d'intéressement des pôles et/ou des professionnels sont déployés dans d'autres établissements hospitaliers.

Ce type de dispositif doit être étudié et des propositions devront être faites au directoire pour le développement de tels outils.

S'ils peuvent amener un supplément de dynamisme et de motivation, ils peuvent aussi générer une forme de concurrence négative entre les professionnels.

Une forme d'intéressement collectif de tout l'établissement, en fonction de l'ambition que l'on se donne collectivement est certainement la voie à privilégier.

STRUCTURER LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL

En intrahospitalier, des organisations qui permettent de synchroniser les temps médicaux et soignants

CONTEXTE

Dans le cadre de ce projet d'établissement, une enquête qualitative a été menée au sein de l'établissement afin de dresser un état des lieux de l'existant et de repérer les bonnes pratiques. Cette enquête a concerné les équipes médico-infirmières des unités intrahospitalières.

Un certain nombre de bonnes pratiques sont repérées :

- équilibrage de la présence médicale sur la journée, sur la semaine
- présence des médecins aux staffs
- entretiens médico-infirmiers réguliers
- présence médicale en dehors des temps d'administration de traitements et des repas.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Pour permettre de synchroniser les temps médicaux et soignants, un outil partagé a été créé, coconstruit médecins-soignants. Il s'agit du chronogramme ci-dessous :

UNITE:		Chronogramme partagé médicaux non médicaux									
		LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI		VENDREDI	
		STAFF	ENTRETIENS MEDICO INFIRMIER	STAFF	ENTRETIENS MEDICO INFIRMIER	STAFF	ENTRETIENS MEDICO INFIRMIER	STAFF	ENTRETIENS MEDICO INFIRMIER	STAFF	ENTRETIENS MEDICO INFIRMIER
MATIN		Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:
APRES-MIDI		Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:	Horaire:

Deux types de réunions sont ciblés : les staffs et les entretiens médico-infirmiers.

Le projet sera mis en œuvre dans des unités pilotes et étendu ensuite à l'ensemble des unités (calendrier à définir).

STRUCTURER LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL

Dans les services ambulatoires, repenser les missions des différents corps de métiers

CONTEXTE

Le CMP doit être positionné comme une plateforme pluridisciplinaire ancrée et adaptée à son territoire.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Ce projet a été construit avec l'objectif d'améliorer la prise en charge par une approche pluridisciplinaire et de cartographier les besoins de la population pour mettre les ressources nécessaires dans les services ambulatoires en complémentarité avec ce qui existe sur le territoire

Le contexte actuel nous invite à redéfinir les métiers existants et à développer d'autres compétences.

Redéfinir les métiers existants :



Les rôles des différents intervenants en CMP sont les suivants :

Rôle des médecins :

La démographie médicale force à recentrer les médecins sur des missions d'évaluation des patients et de coordination des parcours. Pour ce faire, le médecin doit collaborer de manière fluide et qualitative avec l'ensemble des professionnels qui interviennent dans les services ambulatoires, psychologues, infirmiers et infirmiers de pratique avancée.

Rôle du cadre de santé :

Il est le garant de la mise en œuvre des projets de soins, dans leurs aspects organisationnels et logistiques. Il est également le trait d'union entre l'intra et l'extra et l'interlocuteur privilégié des partenaires sur le territoire.

Rôle de l'IDE :

L'IDE a pour mission d'accompagner les parcours sur les temps de fragilité du patient, notamment sur les épisodes de crise et de permettre aux patients de développer ses ressources internes pour aller vers plus d'autonomie.

Rôle du psychologue :

La pratique salariée au sein de l'hôpital diffère d'une pratique en libéral car elle doit s'intégrer dans un fonctionnement d'équipe. La planification du temps de travail et la priorisation des patients est faite par le responsable médical de l'unité. Il est important que les psychologues partagent leurs analyses dans le dossier d'équipe et contribuent à une prise en charge commune.

Rôle de l'assistante sociale en CMP :

L'assistante sociale des services ambulatoires est missionnée particulièrement sur les thématiques de vigilance sociale, de partenariat et d'accompagnement vers le droit commun et la vie dans la cité. L'intégration dans les services de soins fait consensus et le travail d'équipe avec les autres professionnels est fluide.

Intégrer des métiers nouveaux dans les services ambulatoires :



L'établissement s'est déjà engagé dans le recrutement de certains de ces nouveaux métiers. Le pôle de l'enfant et de l'adolescent a depuis plusieurs années accueilli des professionnels de différentes disciplines. Ce pôle nous a paru plus en avance sur la question de la pluridisciplinarité et du partenariat.

Les IPA :

L'intégration des IPA spécialisés en psychiatrie est un enjeu majeur des prochaines années.

L'établissement ambitionne de recruter sur les prochaines années un IPA par pôle pour notamment les positionner sur les services ambulatoires.

Les missions principales qui seront confiées aux IPA sur les services ambulatoires sont :

- mission de consultation : suivi de patient porteur d'une maladie chronique
- mission d'animation de groupe et de développement de programme thérapeutique (ex : l'éducation thérapeutique du patient (ETP), plan de prévention partagé, filières de soins spécialisés, ...)
- mission de recherche et de formation au sens de l'accompagnement des équipes soignantes
- mission de liaison avec les partenaires de ville, les hôpitaux du territoire.

Les pairs aidants :

cf. fiche spécifique.

Les éducateurs :

Il s'agit ici de développer le recrutement de moniteurs éducateurs et d'éducateurs spécialisés dans les unités enfants mais surtout dans les unités adultes où ils sont actuellement très peu présents.

Les éducateurs amènent des compétences particulières dans les accompagnements à la vie quotidienne, à la tenue du logement, du budget, dans les relations intra familiales,

Ce regard éducatif a notamment toute sa place dans les visites à domicile réalisées dans les services ambulatoires et dans le travail réalisé par les autres membres de l'équipe.

Les psychomotriciens :

Le CHDV a introduit la compétence des psychomotriciens principalement sur l'intrahospitalier et auprès du public des enfants et adolescents (une exception pour le pôle nord).

L'idée est ici de développer les compétences de psychomotricien particulièrement sur les CATTP et HDJ.

Les ergothérapeutes :

La perte d'autonomie des patients suivis par services ambulatoires, peut amener à repenser l'ergonomie de leur milieu de vie et plus largement de leur environnement.

Le gestionnaire locatif :

Le recrutement de gestionnaire locatif permettrait d'améliorer l'accompagnement des personnes vers et dans le logement ainsi que de créer du lien avec les bailleurs.

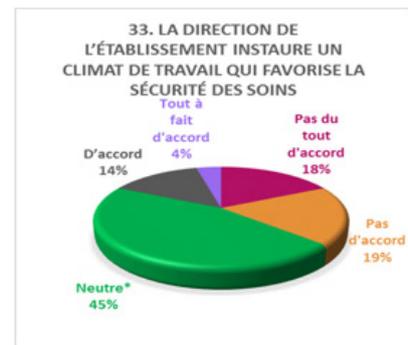
CONTEXTE

Une enquête auprès des agents du CHDV a été menée, relative à la sécurité des soins, et mise en ligne sur l'intranet de mi-février à mi-mars. Un certain nombre d'éléments marquants ont éclairé la réflexion.

Il ressort notamment de ce questionnaire que des efforts restent à faire pour sortir de la culture de la faute.



Par ailleurs, si les agents ont le sentiment que la sécurité des soins est garantie dans leur pratique quotidienne, un travail de communication et d'échanges à la suite d'un signalement est souhaité.



OBJECTIFS POURSUIVIS

Dans une culture plus partagée de la gestion des risques et notamment sortir de la culture de la faute, il est proposé sur les cinq prochaines années de mener un travail d'information, de communication et de retour d'expériences auprès des équipes.

1. Informer les équipes soignantes à la gestion des risques

Cet axe stratégique se décline en 2 orientations opérationnelles.

La première étape consiste à créer un collectif des usagers volontaires en facilitant leur accès à la formation et en les soutenant, ce qui servira de tremplin pour accéder aux groupes de travail, aux réflexions destinées aux professionnels de soins et aux diverses instances. Ce collectif doit être inscrit dans la vie institutionnelle de l'établissement.

2. Effectuer un retour systématique d'informations

Les personnes rencontrées à la présentation du CREX doivent être présentes. Une fiche action doit être adressée aux équipes après les CREX, celui-ci présenté aux équipes. Enfin, un retour par courriel aux personnes rencontrées dans le cadre du CREX doit être systématique.

3. Communication

Il faut informer par un courrier avant la rencontre avec les personnes et expliciter les attendus de la démarche de CREX. Il faut également créer un support de communication « la gestion des risques, je kiffe » avec des exemples précis d'actions d'amélioration mises en place suite au CREX.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Qualité de vie au travail

CONTEXTE

La qualité de vie au travail est un enjeu majeur de l'organisation de l'établissement. De nombreux travaux ont été menés autour de la prévention des risques psychosociaux les années précédentes et l'établissement a pour ambition de poursuivre ce travail tout en élargissant l'approche à la qualité de vie au travail.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs identifiés dans le cadre du projet de qualité de vie au travail sont d'améliorer le vécu au travail, de reconnaître et de soutenir l'engagement des professionnels, et enfin, d'apporter du sens au travail des agents. Ces objectifs se déclinent au travers des trois axes opérationnels ci-dessous :

1. Intégrer, fidéliser et engager l'ensemble des équipes dans une culture commune

Améliorer l'accueil des professionnels et accompagner les prises de poste

L'objectif est de mettre en place **une journée d'accueil des nouveaux professionnels sur l'établissement** pour accompagner les agents dans la découverte de leur nouvel environnement de travail.

Il est également important de **renforcer le dispositif de tutorat**. Ce dispositif doit permettre à chaque nouvel IDE de renforcer ses connaissances en santé mentale et de développer ses compétences en soins infirmiers dans le champ de la santé mentale.

Par ailleurs, pour chaque catégorie professionnelle, un parcours de formation socle doit être déterminé.

Favoriser la connaissance mutuelle avec des immersions dans les services

Il est proposé d'**organiser des stages d'immersion de professionnels dans les différents services de l'établissement**. Cette action vise à favoriser une meilleure compréhension du travail des autres acteurs du CHDV et ainsi un meilleur respect des fonctions de chacun.

Concilier la vie personnelle et professionnelle

L'établissement se donne pour objectif d'améliorer la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Le problème le plus important rencontré par les agents est le fait d'être rappelé pendant leur jour de repos pour remplacer un absentéisme inopiné. La proposition d'un logiciel permettant de gérer les remplacements en s'appuyant sur le volontariat pourrait être examinée. Par ailleurs, il est nécessaire de redéfinir la politique de renfort et de tracer les demandes de renforts entre unité de manière à pouvoir évaluer le nombre et la pertinence. Une attention particulière doit être portée au moyen de respecter les roulements de manière à ce que les agents aient une meilleure visibilité de leur planning.

Des actions déjà menées par le CHDV sont particulièrement appréciées et pourraient être développées comme les places en crèche réservées pour les enfants du personnel et la possibilité de télétravail.

Questionner le sens du travail bien fait

Il est primordial que chaque professionnel se sente reconnu dans sa mission et puisse participer à la réflexion collective. La rédaction d'une charte des valeurs du CHDV doit permettre d'affirmer les principes de notre action collective.



2. Accompagner les carrières et les parcours professionnels en travaillant sur trois aspects

Santé au travail

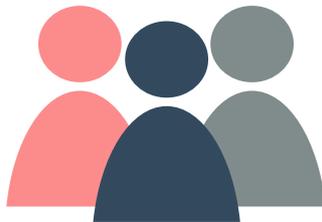
L'établissement dispose d'un service de santé au travail qui se compose d'un temps médical, infirmier, secrétariat, psychologue et assistante sociale. Le travail de cette équipe pluridisciplinaire est reconnu. Des actions spécifiques vont être menées par ce service autour de thématiques telles que la nutrition, l'activité sportive. **Les professionnels du SST seront soutenus par le CHDV dans leurs actions.**

Maintien dans l'emploi

Les travaux des commissions de maintien dans l'emploi portent leurs fruits ainsi que le travail conjoint du service de santé au travail et de la Direction des Ressources Humaines. L'objectif de ces instances est de prévenir les situations de souffrance au travail et de proposer des actions concrètes en prenant en compte l'ergonomie des postes de travail et l'adaptation des postes. L'adaptation des postes fait l'objet d'une attention particulière par la saisine du FIPHIP pour des acquisitions de matériel (fauteuil, postes bureautiques, ...) permettant aux agents un maintien en poste dans de bonnes conditions de travail. **La commission de maintien dans l'emploi sera soutenue dans la poursuite de ses travaux.**

Garantie de l'égalité des chances et la non-discrimination

Cette thématique regroupe les problématiques d'accès à certains postes, la garantie de l'égalité femmes-hommes, et la prise en compte de la diversité des parcours des professionnels lorsque les agents candidatent sur des postes. Il est identifié une problématique qui relève davantage d'une meilleure communication autour de l'attribution des postes suite à leur parution (plus de transparence = moins de frustration), et des raisons pour lesquelles le candidat n'est pas retenu. L'enjeu pour les prochaines années est **d'améliorer la communication sur les décisions prises.**



3. Améliorer la qualité des relations sociales dans l'établissement et la gestion des conflits

Identifier et prendre en charge les situations de souffrance individuelles ou collectives et de régulation de conflits au travail

Une gestion partielle est effectuée par le Service Santé au Travail et la présence du psychologue du Travail. Une attention particulière est portée par la Direction sur les situations individuelles des agents en difficultés. Les agents sont reçus en entretien pour évaluer les situations et apporter les réponses les plus adaptées.

Soutenir les équipes lors d'évènements traumatiques

De nombreuses actions sont déjà mises en place sur cette thématique. Il est apprécié par les équipes de soins que les responsables hiérarchiques et l'équipe de Direction interviennent lors d'évènements (agression, suicide, Covid, ...) dans les services de soins. Leur présence physique et symbolique est un élément important et mérite d'être poursuivie.

Il est proposé de **développer la supervision auprès des services, tous les services demandeurs peuvent la mettre en œuvre.** L'intervention du psychologue du travail dans les services est également très appréciée.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Améliorer l'attractivité de l'établissement

CONTEXTE

Les professionnels du service public ont une triple mission : accueillir tous les patients, à toute heure, en tous points du territoire, quelle que soit la gravité de leur pathologie. Leurs compétences et leur dévouement au service des patients font la noblesse du service public hospitalier mais la difficulté de leur travail les expose aussi à un risque majeur de fatigue, voire d'épuisement et d'anxiété.

Dans une société de plus en plus attentive à l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle, à la reconnaissance individuelle et aux conditions de travail, la fonction publique hospitalière peine à séduire.

Pourtant, les besoins de soins et d'accompagnement n'ont jamais été aussi forts en France, sous l'effet notamment de la hausse des maladies chroniques, du vieillissement de la population, des progrès continus des connaissances et techniques médicales... Sans oublier les situations sanitaires exceptionnelles (la pandémie COVID-19).

OBJECTIFS POURSUIVIS

À partir de ces constats, trois axes d'amélioration de l'attractivité de l'établissement sont proposés :

1. Être visible

L'objectif est d'améliorer la visibilité de l'établissement sur son territoire en développant **les opérations de communication externe**. La visibilité de l'établissement sur les réseaux sociaux et sur internet est portée par le service communication. Il s'agit ici de s'appuyer sur cette communication pour publier nos annonces de vacances de postes et augmenter ainsi la visibilité de nos offres d'emploi. Le développement de notre hôpital dans le cadre de la rédaction du nouveau projet d'établissement conduit à augmenter les ressources humaines et diversifier les profils et les compétences recherchées.

L'établissement doit se doter d'une communication spécifique pour attirer et être plus visible notamment sur les nouveaux outils de communication qui sont utilisés par les éventuels candidats : réseaux et plateformes spécialisés, réseaux sociaux.

Être visible, c'est aussi communiquer sur nos projets, notre dynamique institutionnelle et nos forces vives. Il s'agit enfin d'être présents sur le terrain des écoles et des centres de formation.

2. Être accueillant

Il s'agit également d'**accueillir des professionnels en formation** : stagiaires, apprentis, internes en collaborant avec les écoles, universités et centres de formation.

L'accueil d'étudiants, de stagiaires, d'apprentis et d'internes est effectif sur l'établissement depuis longtemps. De nombreux services et métiers sont concernés par l'accueil de stagiaires ou d'étudiants : IDE, aides-soignants, psychologues, assistantes sociales, ... Ces accueils permettent d'enrichir les services qui reçoivent les stagiaires et cela permet également de faire découvrir l'hôpital et les conditions de travail. Cette démarche est un levier pour attirer des futurs candidats qui font le choix de rester ou de revenir sur l'établissement.

Le **développement de l'apprentissage** qui s'ouvre pour la fonction publique est un levier de plus à mettre en place les années à venir.

3. Se structurer et agir en prévention

L'objectif est de **structurer la fonction de recrutement** sur l'établissement et produire une analyse qualitative et quantitative

Le service des ressources humaines a constitué fin 2021 une cellule recrutement chargée de centraliser les besoins, gérer les publications et transmettre les candidatures aux recruteurs internes. Cette gestion centralisée permettra de produire une analyse sur l'attractivité du CHDV.

Par ailleurs, il s'agit d'établir une **cartographie des métiers en tension** et définir un plan d'action.

Si le CHDV n'a à ce jour pas de difficultés majeures de recrutement (hors postes médicaux), il est observé un allongement de la durée de recrutement sur certains métiers.

L'établissement doit être en capacité d'identifier et de comprendre les métiers en tension pour apporter des réponses et actions spécifiques, notamment lorsque les recrutements n'aboutissent pas.

Focus sur le recrutement médical

Le contexte démographique national est particulièrement déficitaire et concurrentiel. L'établissement mobilise toutes ses énergies pour attirer de nouveaux praticiens et fidéliser les présents.

Le projet architectural est un atout et la politique de l'établissement en matière de recrutement est très ambitieuse : aide à l'installation, aide à la prise de fonction, engagement à la formation, écoute sur les souhaits d'affectation des médecins, prise en compte des situations individuelles et accompagnement des parcours de consolidation pour les non signataires,

Les efforts seront poursuivis dans les années qui viennent.

Dans le même sens, l'établissement accueille des internes sur les terrains de stage agréés en psychiatrie adulte et sur le pôle de l'enfant et de l'ado. Un travail important a été réalisé avec les chefs de pôle sur la question de l'attractivité des internes fin 2021 et en 2022.

Des liens sont en cours d'élaboration avec les universités, les coordonnateurs régionaux et les représentants des internes.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Continuer à garantir la sécurité des personnels

CONTEXTE

Depuis 2017, le CHDV a entrepris un grand chantier de sécurisation du site et des personnels en parallèle de la reconstruction de l'établissement en suivant les instructions HAS²¹, le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières SSE, (Plan Blanc), le plan de continuité d'activité (PCA) et l'instruction ministériel²².

Le bilan actuel est bon : 38 mesures du plan d'action sur 42 sont déjà effectives. Dans cet état des lieux sont mis en avant les points forts de l'établissement en matière de sécurité des biens et des personnes, notamment le dispositif d'alerte (PTI) opérationnel avec des ajustements en cours, la sécurisation des structures extérieures en cours 2022/2023 et l'accompagnement rapproché des situations d'agressions de patient, de professionnels, de visiteurs.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Deux axes prioritaires ont été dégagés :

1. Sécurisation de l'environnement professionnel

Les structures ambulatoires sont géographiquement éloignées du site principal ce qui les rend plus vulnérables. Il s'agit donc de terminer d'ici 2023, la sécurisation des sites externes par la mise en place de visiophones. Un certain nombre de démarches sont en cours et doivent être finalisées : le scénario Vigipirate, la QPR 38 (confinement en cas d'intrusion), la convention santé-sécurité-justice, le plan de sécurisation de l'établissement, le PSE (écrit en 2017).

Le plan blanc a été réécrit en 2020 et **un exercice grandeur nature devrait être prévu** dans les années à venir. Un exercice conjoint avec les forces de l'ordre (exercice attentat ?) doit également être programmé.



2. Sécurisation de l'exercice professionnel

Formation à la gestion de l'agressivité dans un but de prévention

L'hôpital public est sujet de longue date à des agressions à l'encontre des professionnels, le CHDV ne fait pas exception à cette réalité. Nous ne constatons pas de diminution du nombre d'agressions contre les agents, ainsi il apparaît nécessaire de former le personnel pour faire face à ces situations difficiles. Ces formations ont vocation à se poursuivre et nous envisageons d'élargir les bénéficiaires de ces formations à l'ensemble des agents susceptibles d'accueillir du public.

Afficher le soutien de l'institution aux agents face aux dangers graves et imminents dans le cadre de leurs fonctions

Si les situations d'agression ne sont pas toujours évitables, l'établissement affiche une volonté forte de soutenir ses professionnels lorsque ce type d'évènement survient. Une mise à jour des procédures existantes est en cours et il semble nécessaire de fournir un effort de communication sur l'ensemble de ces procédures et des dispositifs existants afin de faciliter les démarches des agents victimes.

Renforcer l'accompagnement des agents

L'établissement dispose de nombreux outils pour accompagner les agents victimes. Le service de santé au travail met à disposition des agents les compétences médicales, infirmières, psychologiques.

Face à une situation spécifique, un soutien psychologique interne ou externe est également proposé aux agents.

L'UCOVIRIS réunit un CREX sur les évènements afin d'analyser les dysfonctionnements éventuels et d'apporter des mesures correctives concrètes.

La reprise des fonctions de l'agent peut également être accompagnée lors d'un rendez-vous avec la DRH et/ou la Direction des soins d'une attention particulière sur les demandes de changement d'affectation à l'initiative de l'agent.

Enfin, les supervisions mises en place dans les services sont l'occasion d'échanger en équipe sur les évènements d'agression ou de tensions sur les services. La supervision est proposée à l'ensemble des services de soins.

²¹ SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisations dans les établissements de santé (PSE)

²² SG/HFDS/PDS/2018/54 du 31 janvier 2018 relative à la mise en œuvre du plan Vigipirate au sein du périmètre des ministères sociaux

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Développer la politique de formation

CONTEXTE

La formation est un moyen, intégré à une stratégie d'établissement, de parvenir à l'atteinte de résultats et d'objectifs. Faire évoluer les compétences est indispensable pour anticiper les évolutions des métiers, les évolutions des organisations, et mettre en œuvre les axes du projet d'établissement.

OBJECTIFS POURSUIVIS

1. Améliorer la communication autour du plan de formation

L'ensemble des actions de formation et les modalités de condition d'accès, de formalisation de demande de formation et de prise en charge financière sont détaillées dans le règlement intérieur. Les principes généraux du compte personnel de formation (CPF) et le fonctionnement de la commission de formation se trouvent également dans ce document.

Il est important que les cadres connaissent les étapes de validation des demandes de formation de manière à pouvoir les expliquer aux agents. Un effort de communication devra être fait en ce sens.

2. Développer la formation

Bilan des personnels non médicaux du CHDV formés :

Année	Nombre d'agents
2019	740
2020	592
2021	631
1 ^{er} semestre 2022	360

Focus sur les études promotionnelles : en 2021, **21 personnes** sont en EP.

Toutes les semaines (hors période de vacances scolaire), le CHDV organise une formation sur son site.

Pour les années à venir, l'objectif de l'établissement est donc de poursuivre la dynamique de formation et d'**améliorer la mise en œuvre pratique des compétences acquises en formation**.

Ces objectifs vont se décliner en trois axes opérationnels :

Mieux former

Le saupoudrage des modalités actuelles de formation de groupe ne facilite pas toujours la mise en œuvre des nouvelles connaissances acquises par l'agent formé lorsque celui-ci revient sur son service. L'établissement s'autorise à repenser ses modalités de formations de groupe pour permettre d'améliorer la mise en œuvre sur le terrain des formations dispensées.

Ainsi à partir de 2022, il est proposé de manière expérimentale de **dispenser des formations de groupe en direction de deux services (12 à 15 agents) pour une même formation**.

Former l'ensemble de l'équipe semble plus pertinent pour accompagner le changement et inscrire une réelle dynamique dans les pratiques. De même, cette approche intègre les personnels médicaux des unités, ces derniers sont ainsi associés à la conduite du changement.

Mieux mettre en œuvre

Le second axe développé est celui d'un accompagnement plus clair dans les attendus pour les bénéficiaires de formations. Les projets de formations sont nourris par une motivation individuelle mais les modalités de mise en œuvre n'ont parfois pas été confrontée à l'organisation du service. Cela peut entraîner une impossibilité à mettre en œuvre les apprentissages reçus.

Il est important que le **projet de formation individuel soit mieux renseigné** et permette de préciser la manière dont le projet sera mis en œuvre.

Il arrive que le professionnel ayant participé à une formation n'ait pas le temps de partager ces apprentissages. Il sera donc demandé d'**organiser des réunions de restitution à l'échelle du service de manière à valoriser les savoirs acquis en formation**.

Former plus

Le troisième axe de ce chapitre ambitionne la montée en compétences de formateurs internes. L'établissement identifie des thématiques prioritaires sur lesquelles il fait appel à candidature au sein de ses ressources internes. Les candidats retenus bénéficient d'un accompagnement spécifique pour monter en compétence et pouvoir à leur tour dispenser une à deux sessions de formation par an à destination des professionnels de l'établissement (engagement de servir).

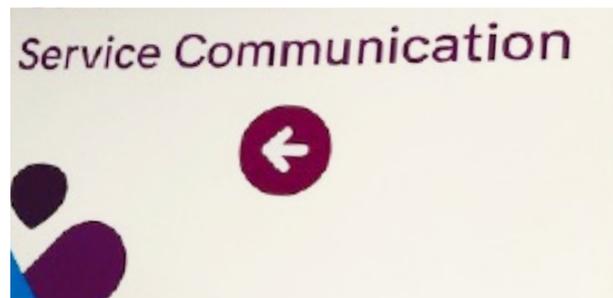
Des actions DPC pourront aussi être développées sur d'autres thématiques, à l'image de celle en cours pour la douleur.

Il s'agit donc de **s'appuyer sur les ressources internes pour diffuser l'expertise acquise**. Cet axe permettrait de former davantage de personnel sur certaines thématiques.

CONTEXTE

Le CHDV s'est doté de différents outils de communication interne (newsletter, site intranet) et externe (site internet, compte LinkedIn). Pour les prochaines années et afin de répondre à des usages numériques omniprésents dans le champ professionnel comme de l'information grand public, le CHDV se donne pour objectif de renforcer sa présence sur les réseaux sociaux, notamment sous forme vidéo.

L'objectif étant de faciliter la compréhension des pathologies mentales et des soins offerts au sein de notre établissement.



OBJECTIFS POURSUIVIS

La politique de communication est déclinée de façon spécifique en fonction des quatre groupes d'acteurs suivants :

1. Pour les patients et leur famille

Réorienter le contenu des écrans d'informations

Le constat est fait du peu de pertinence des informations vis-à-vis des patients concernant l'actualité du CHDV.

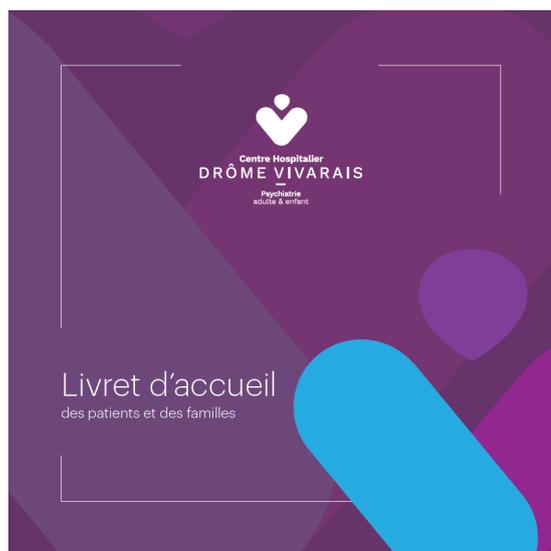
Par ailleurs, la localisation des écrans d'informations est en partie inadaptée, puisqu'ils sont situés dans des lieux de passage dans lesquels les patients et leurs proches ne s'arrêtent pas.

Il est ainsi proposé de développer des informations à destination des patients concernant leurs droits, les activités et les événements du CHDV, la permanence à la maison des usagers, associations...

Par ailleurs, des écrans seront déployés dans les salles d'attente des sites extrahospitaliers pour être au plus près des patients, dans des lieux où ils ont le temps de les consulter.

Mettre à jour le livret d'accueil et créer un livret d'accueil à destination des familles

Le livret d'accueil sera mis à jour pour prendre en compte les évolutions d'activité et de prises en charge au sein du CHDV. Un livret spécifique sera rédigé à destination des familles.



Faciliter l'accès aux différentes structures

Pour faciliter l'accès aux différentes structures du CHDV, il est proposé d'en améliorer la signalétique. En parallèle, le référencement des sites sur Google Maps sera amélioré.

2. Pour les professionnels du CHDV

Renforcer l'utilisation des outils de communication interne au CHDV

La newsletter mensuelle et le journal interne bi-annuel semblent bien investis dans les unités tant en intra qu'en extrahospitalier. Il est donc proposé de s'appuyer sur ces deux outils pour informer les agents sur le déploiement **des orientations du projet d'établissement**. Le contenu pourrait évoluer, notamment en y intégrant **des témoignages de patients** à destination des professionnels.

Renforcer la connaissance des différentes structures du CHDV

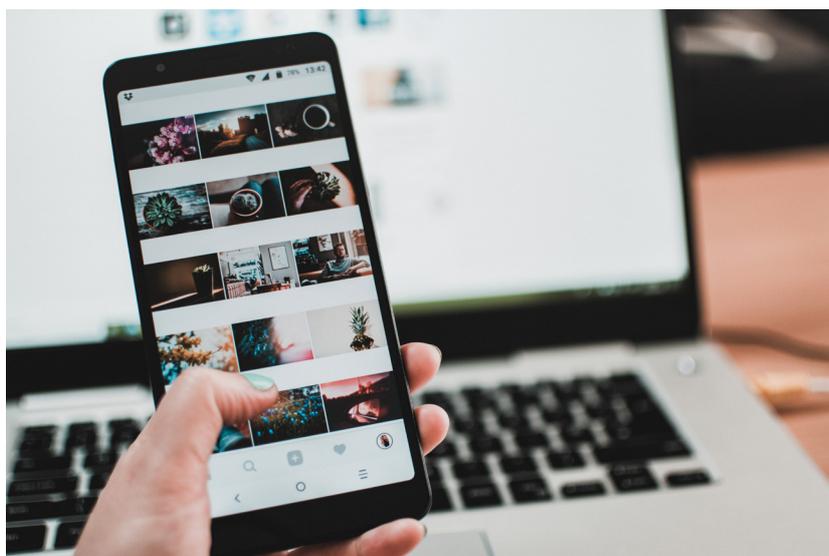
L'objectif que se fixe le projet de communication est également d'améliorer la connaissance des professionnels du travail des différents services. Pour cela, il est proposé de **poursuivre les temps d'information et d'échange une fois par mois** et de **poursuivre l'organisation de temps d'échanges sur certaines thématiques** (ex : isolement contention).

Des opérations « vis ma vie : journée du CHDV » pourraient être également organisées.

Faire évoluer l'intranet

L'intranet est un outil connu des agents et très utilisé, mais des difficultés d'accès aux informations (protocoles, documents...) sont identifiées. Par ailleurs, la nécessité d'harmoniser la présentation et de favoriser la lisibilité de l'information est également pointée.

Il est donc proposé de **réorganiser l'intranet pour rendre l'information plus facile d'accès pour les professionnels**.



3. Pour les partenaires et les professionnels de la santé

Renforcer la connaissance des structures et des organisations du CHDV

Il est envisagé de développer les outils de présentation de nos organisations, **comme des plaquettes de présentation des différents dispositifs** à destination des partenaires. Cet outil pourrait être complété par des annuaires et des cartes de visite pour les chefs de pôles et les cadres supérieurs.

Enfin, **un forum des associations** pourrait être organisé.

Renforcer la notoriété de l'établissement

Il est proposé d'augmenter la contribution des professionnels du CHDV à **des revues professionnelles**.

De même, les travaux et activités de l'établissement pourraient gagner en visibilité via **les réseaux sociaux professionnels comme LinkedIn**.

Enfin, les projets les plus aboutis pourraient **candidater à des prix**.

4. Pour le grand public

Développer une communication qui favorise la prévention et l'inclusion.

Continuer les actions de préventions et d'information du grand public

Pour le grand public, il faut poursuivre les actions déjà engagées : SISM, conférences thématiques...

Enrichir le contenu du site internet

Le site internet doit être complété en y intégrant des précisions sur **les organisations et les équipes** du CHDV, des informations sur la santé mentale, les pathologies, les éléments de prévention (flyer édité par Psycom...), ainsi que sur le **respect des droits des patients**.

Enfin, **les partenaires** de l'établissement doivent y trouver leur place et y être recensés.

Développer un travail de lien avec les médias locaux

Plusieurs axes de travail avec les médias locaux sont identifiés. Ils pourraient accompagner les professionnels du CHDV dans le travail de déstigmatisation de la psychiatrie. Une réflexion avec les journalistes sur la **présentation de la maladie mentale** en constitue la première étape. Ensuite, les **projets visant l'inclusion des patients** pourraient être relayés.

Un projet de **partenariat avec Radio Méga** est déjà amorcé.

CONTEXTE

Le secteur de la santé a été l'un des principaux bénéficiaires de l'informatisation, soutenu par les programmes nationaux ambitieux suivants : Hôpital numérique puis HOP'EN et aujourd'hui le SEGUR de la santé. L'objectif de ces différents programmes est de faire parvenir nos systèmes d'informations à maturité en les faisant rentrer dans l'ère du numérique avec ses avantages et ses inconvénients.

Les avantages sont l'accès rapide aux informations de santé, leurs partages avec d'autres professionnels contribuant à l'amélioration du service rendu au patient sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette mise à disposition d'outils numériques doit se faire en garantissant la sécurité et l'intégrité des données ainsi que leur interopérabilité.



OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs des cinq prochaines années se déclinent autour des axes suivants :

1. MSSanté

Le déploiement de l'espace de confiance MSSanté reste une priorité sur les années à venir. Le programme Ségur Numérique (SUN-ES) se situe dans le prolongement du programme HOP'EN et vise à poursuivre les efforts de production et transmission de documents de santé dans le but d'enrichir, via le DMP, le nouvel espace numérique de santé « Mon Espace Santé ».

Dans le cadre de ce projet, l'objectif sera de **rendre opérationnel l'accès aux médecins, équipes mobiles et assistants sociaux sous 12 mois**.

2. Télémédecine

Télé-expertise : actuellement les solutions techniques de télémedicine déployées dans le cadre d'un projet GHT, ont vocation à faire bénéficier nos patients d'avis de spécialistes et d'experts exerçant dans des structures partenaires telles que les autres établissements du GHT et notamment le CH Valence.

Il s'agit d'**accompagner les professionnels à l'utilisation des outils déjà déployés et formaliser les collaborations au sein du territoire**.

Télémedicine : parallèlement, la télémedicine doit s'inscrire dans le projet d'établissement en tant que support à l'amélioration de l'accès à notre offre de soins sur l'ensemble du territoire du CHDV, notamment au sein de la filière Patient Âgé²³. Cet objectif s'inscrit dans la volonté de notre hôpital de développer le « aller vers » au travers des équipes mobiles et le maintien du patient sur son lieu de vie. Il faudra sur ces cinq prochaines années **définir et déployer des solutions techniques** en adéquation avec les besoins des équipes.

3. Évolution du dossier patient

Annoncée par l'éditeur de notre dossier patient informatisé « Cariatides », une nouvelle version du logiciel devrait pouvoir être mis en production à l'horizon 2024. Cette version devrait permettre des évolutions majeures tant sur le plan technique que sur celui des fonctionnalités.

L'implémentation de cette nouvelle version devrait constituer un chantier majeur en permettant de requestionner nos organisations, nos pratiques professionnelles et leurs rapports à notre système d'information tant pour la partie dossier patient que pour celle relative au circuit du médicament. Il faudra **réaliser la migration vers la nouvelle version de Cariatides** selon les modalités du calendrier qui sera défini avec l'éditeur.

4. Collaboration GHT

La qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge patient au long de son parcours de soins repose sur la dématérialisation, le partage et l'interopérabilité des données de santé le concernant. Il est primordial de sécuriser l'échange de données sur les deux périmètres prioritaires que ceux des examens de laboratoire et l'imagerie.

Objectif examens de laboratoire :

Développer les échanges de données entre notre DPI et les laboratoires d'analyse (CH Valence en priorité mais aussi tout laboratoire public ou privé) de façon à permettre :

- l'intégration dans le DPI des résultats d'examen sous forme de données structurées
- les prescriptions d'examen au sein du DPI et leur transmission au laboratoire sous forme dématérialisée parallèlement au circuit physique des prélèvements.

Objectif examens d'imagerie :

Développer l'accès aux résultats d'imagerie des PACS²⁴ des différents établissements du GHT :

- dans un premier temps en ouvrant les accès en lecture aux images et aux comptes-rendus d'imagerie au travers d'une plateforme dédiée
- dans un second temps en permettant l'intégration directe des comptes-rendus dans le DPI.

5. Sécurité du Système d'informations et confidentialité des données

En tant que membre du GHT, nous sommes comme l'établissement support soumis aux directives européennes NIS²⁵ ayant pour but d'assurer un niveau élevé de sécurité des réseaux et des systèmes d'information. Ces obligations s'appuient sur 23 règles structurées autour de quatre domaines : la gouvernance, la protection et la défense des réseaux et systèmes d'informations, enfin la résilience des activités. Concrètement cela va s'exprimer en sécurisant : notre architecture réseaux, nos accès d'administration des systèmes ainsi que par la gestion des identités et accès.

L'objectif du CHDV est de **répondre aux 23 règles concernant les Opérateurs de Services Essentiels (OSE)** dans les deux années à venir. Les systèmes d'information comportant de plus en plus de données personnelles et étant interconnectés, il est très important de s'assurer que ces données restent confidentielles. Il faudra donc **déployer une charte RGPD et vérifier régulièrement le respect par les professionnels de la confidentialité des données.**

²³ Fiche PTSM n°5, Objectif spécifique n°4 : Améliorer l'accès aux soins psychiques pour les personnes âgées.

²⁴ Picture Archiving and Communication System

²⁵ Network and Information System Security

PARTICIPER À DES PROJETS DE RECHERCHE

CONTEXTE

Les équipes du CHDV souhaitent participer à des projets de recherche dans le but d'améliorer la connaissance des maladies psychiques et les soins apportés aux patients.

La participation à ce type de projet est également source de dynamisme pour les équipes car elle induit le développement de collaborations avec d'autres professionnels. Elle peut aussi renforcer l'attractivité de l'établissement.

OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs sont d'adapter les organisations aux nouveaux enjeux par la mise en place d'une commission formation-recherche et d'améliorer l'implication des praticiens du CHDV dans des travaux de recherche et/ou dans des revues scientifiques.

La première étape consiste à **adapter les organisations à l'objectif de développement de la recherche au sein du CHDV**. Pour cela, il est proposé de transformer la commission de formation du personnel médical en une commission formation-recherche. Cette commission aura pour objectif d'approfondir les liens avec les établissements psychiatriques universitaires de manière à s'intégrer à une dynamique de recherche.

Par ailleurs, la participation à des projets de recherche peut également être dynamisée par l'organisation de conférences sur l'établissement. La commission formation/recherche se réunira deux fois par an. Elle aura pour objectif d'établir un programme annuel de conférence à destination des médecins et des autres professionnels de l'établissement.

Enfin, le CHDV assure un accès facile à toutes les revues médicales à travers une cyber bibliothèque.

Le deuxième axe de développement serait de soutenir l'**implication des praticiens du CHDV dans des travaux de recherche et/ou dans des revues scientifiques**. Certains médecins de l'établissement participent déjà aux comités de rédactions des revues médicales. La rédaction d'articles et la participation à l'élaboration des revues est également à renforcer sur le CHDV.



REMERCIEMENTS

Ce document est le résultat d'un travail collectif réalisé sur une grande partie de l'année 2022. Nous tenons à remercier, en particulier, l'ensemble des membres du COPIL Projet d'établissement qui ont participé à toutes les fiches de ce document :

Françoise BATESTI (UNAFAM)
Michaëlle CARLIER (Syndicat CGT)
Fabrice DALOISO (Cadre supérieur de santé)
Régis DA ROLD (CSIRMT)
Jacqueline DROGUE (UNAFAM)
Stéphanie DUBREUIL (Cadre socio-éducatif)
Léa FAYOLLE (Coordinatrice PTSM)
Luce FONTANILLE (Cadre supérieur de santé)
Delphine FOUREL (Cadre supérieur de santé)
Frédéric GRAIN (Chef du pôle Transversal)
André HEGEDUESS (Syndicat FO)

Sandrine LOPET-LE PRIELLE (Cadre supérieur de santé)
Philippe MAMMANO (Cadre supérieur de santé)
Brice MARTIN (Chef du pôle Centre)
Lucien MARTINEZ (Chef du pôle Sud)
Florence MECHAIN (Cadre supérieur de santé)
Lilian NICOLAS (Chef du pôle enfant adolescent)
Pascale OLLIER (UNAFAM)
Laurent PERROT (DSIO)
Mariam ROGER (DRH)
Olivier SALADINI (Chef du pôle Nord)
Sabine SALLIER (Direction des achats)

« *Seul on va plus vite ; ensemble on va plus loin* »

Proverbe africain

De plus, nous remercions l'ensemble des personnes qui se sont mobilisées dans les groupes de travail, et qui ont contribué à enrichir les analyses et les orientations que nous avons pu poser.

Lucie VERHAEGHE
Directrice

Jean-Louis GRIGUER
Président de CME

Christian MARREC
Directeur des soins

CONTACTS

Lucie VERHAEGHE
Directrice



Tél : 04 75 75 60 01
direction@ch-dromevivarais.fr

Jean-Louis GRIGUER
Président de CME



Tél : 04 75 75 60 69
jeanlouis.griguer@ch-dromevivarais.fr

Christian MARREC
Directeur des soins



Tél : 04 75 75 60 87
secretariat.dssi@ch-dromevivarais.fr

CENTRE HOSPITALIER DRÔME VIVARAIS

391, route des Rebatières
26760 MONTÉLÉGER

Tél : 04 75 75 60 60
Télécopie : 04 75 75 60 50
www.ch-dromevivarais.fr