

PROJET D'ETABLISSEMENT CLINIQUE RONSARD 2022-2026

MISE A JOUR 2024

Cette version du projet d'établissement est la continuité de la précédente qui couvrait la période 2017-2021. Les grands axes d'orientation de ce projet s'inscrivent pleinement dans les orientations du Plan Régional de Santé et du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Ce projet est le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire sur les stratégies à adopter compte tenu des évolutions du contexte local, des perspectives créées par la réforme du financement de la psychiatrie à compter du 1^{er} janvier 2022. Une réforme qui s'inscrit dans une volonté de convergence à une tarification à l'activité.

SOMMAIRE

I / Présentation générale de l'établissement	4
II / La santé mentale en Indre-et-Loire / données statistiques	5
III / Politique de santé mentale.....	11
IV / Les orientations stratégiques de l'établissement.....	18
V / Promotion de la recherche clinique.....	19
PROJET MEDICAL 2022-2026	20
I / Filière « Urgences »	21
II / Filière « Obligation de soins »	21
III / Filière « Gérontopsychiatrie ».....	21
IV / Filière « Pathologies complexes et traitements innovants »	23
V / Filière « Addictologie ».....	25
VI / Hospitalisation de jour	27
VII / Hospitalisation de nuit.....	29
VIII / La réforme du financement de la psychiatrie.....	30
IX / Développement du réseau médical	30
X / Prise en charge des jeunes adultes	31
XI / DEVELOPPEMENT d'UNE EQUIPE MOBILE	32
PROJET DE SOIN	33
I / Le patient : information et implication.....	33
II / Le patient : le respect de sa personne.....	34
III / Le patient : ses proches.....	36
IV / Le patient : conditions de vie et lien social.....	37
V / Les équipes de soins : pertinence des soins.....	37
VI / Les équipes de soins : coordination pluri professionnelle et pluri disciplinaire	39
VII / Les équipes de soins : évaluation des pratiques	41
PROJET ARCHITECTURAL.....	43
I / Evaluation projet 2017-2021.....	43
II / Le projet architectural 2022-2026.....	43
PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES.....	44
I / Elaboration.....	44
II / Pilotage de la démarche qualite gestion des risques.....	44
III / Culture qualité et sécurité des soins.....	45
IV / Droits des usagers.....	46
V / Prise en charge médicamenteuse	48
VI / Identitovigilance.....	50
VII / Risque infectieux.....	51
VIII / Gestion des risques, plan d'urgence et vigilances	52
IX / Dossier patient.....	54
X / Evaluation de la pertinence.....	56
PROJET DES USAGERS	58
I / Signalétique	58
II / Patient arrivant en « urgence relative ».....	59
PROJET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	60
I / Relations au travail, climat social.....	60
II / Contenu du travail.....	62
III / Santé au travail	63
IV / Compétences, parcours professionnels.....	64
V / Egalite professionnelle pour tous.....	66
VI / management participatif, engagement	68
VII / Développement durable / RSE.....	69
PROJET FINANCIER ET STRATEGIQUE	73
I / Evaluation du projet 2017-2021	73
II / Le projet 2022-2026.....	74

PROJET SYSTEME D'INFORMATION	76
I / Organisation	76
II / Cartographie applicative.....	77
III / schéma directeur SI au sein du groupe Ramsay Santé	78
IV / Hopital Numérique - HOP' EN	78
V / Risques numériques – Sécurité informatique.....	80
CONCLUSION.....	82

Forme d'exploitation :	<i>Société commerciale</i>
Type :	<i>Société par Actions Simplifiée</i>
Dénomination sociale :	<i>Clinique RONSARD</i>
Adresse ou siège social :	
Rue et numéro	<i>3-5 rue Tony Lainé</i>
Commune	<i>Chambray Les Tours</i>
Département	<i>Indre-et-Loire</i>
Capital social	<i>200 000€</i>
N° immatriculation au registre du commerce et des sociétés	<i>340353994</i>
Lieu	<i>Tours</i>
Numéro SIREN	<i>34035399400023</i>
FINESS	<i>370000127</i>
Code APE	<i>8610Z</i>
Représentant légal :	
Nom et prénom(s)	<i>Mr Nicolas Choutet</i>
Qualité	<i>Président</i>
Directrice Générale :	
Nom Prénom	<i>Mme Nadine Potier</i>
Etat des liens juridiques ou financiers existant avec d'autres structures et concourant à la mise en œuvre des autorisations.	<i>La société d'exploitation a conclu un contrat de bail avec Icade.</i>

I.1 / LES ACTIVITES

La CLINIQUE RONSARD, ouverte en 2012, est un établissement de santé privé, à but lucratif, spécialisé en psychiatrie qui accueille en hospitalisation libre des patients adultes et âgés atteints de pathologies mentales telles que : la dépression, les troubles de l'humeur, la psychose, l'anxiété,...

La Clinique Ronsard propose également une prise en charge en hospitalisation de jour et une prise en charge en hospitalisation de nuit qui vise à permettre le maintien à domicile la journée et/ou la poursuite d'une activité professionnelle concomitante.

Les capacités de l'établissement sont :

- Psychiatrie générale: 69 lits
- Gériopsychiatrie: 27 lits
- Hospitalisation de jour: 22 places en psychiatrie générale et 8 en gériopsychiatrie
- Hospitalisation de nuit: 4 lits

Les activités sont réparties comme suit:

- **Deux unités d'hospitalisation complète comprenant :**
 - 69 lits de psychiatrie générale répartis sur 2 étages
 - 27 lits de gériopsychiatrie répartis sur 2 étages
- **Une unité d'accueil de jour de 30 places :**

Elle constitue une alternative à l'hospitalisation complète et se caractérise, à cet égard, par des soins polyvalents et pluridisciplinaires prodigués dans la journée, le cas échéant mis en œuvre à temps partiel, par exemple sur une partie de la journée ou par séquences de un ou quelques jours par semaine. A l'appui de projets individualisés de prise en charge, des activités polyvalentes et collectives sont privilégiées. Les temps de prise en charge individuelle doivent permettre notamment une réévaluation périodique de la prise en charge du patient, afin d'éviter toute chronicisation et d'introduire, dès que possible, les éléments de préparation à la sortie et à la réinsertion.

- **Une unité d'hospitalisation de nuit de 4 lits :**

Cette unité favorise de réelles prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance soignante de nuit. Le caractère thérapeutique de ces prises en charge en fait une réelle alternative à l'hospitalisation complète, justifiant un encadrement soignant adapté. Cette alternative peut venir en amont ou en aval d'une hospitalisation. Elle permet à la personne soignée de poursuivre une activité professionnelle.

I.2 / LES EQUIPES

Catégorie	Fonction	Effectif et ETP au 31/12/2022
Personnel de direction et administratif	- Directeur	- 1 (1 ETP)
	- Attachée de direction	- 1 (1 ETP)
	- Hôtesse d'accueil	- 3 (2.62 ETP)
	- Secrétaires médicales	- 3 (3 ETP)
	- Chargée de service administratif et facturation	- 1 (1 ETP)
	- Responsable qualité	- 1 (1 ETP)
	- Cadre coordinateur des soins	- 1 (1 ETP)
Service technique et entretien	- Responsable technique	- 1 (1 ETP)
	- Technicien entretien et maintenance	- 1 (1 ETP)
	- Agents des services hospitaliers	- 12 (11.04 ETP)
Equipe médicale	- Médecins psychiatres libéraux	- 5
	- Médecin gériatre	- 1 (0,5 ETP)
	- Médecins généralistes libéraux	- 1 (+1 vacant)
Personnel soignant, social et support	- Responsables d'unité de soins	- 1 (1 ETP)
	- Infirmiers	- 23 (21.6 ETP)
	- Aides-soignants	- 8 (8 ETP)
	- Psychomotriciens	- 1 (1 ETP)
	- Psychologues	- 4 (2.4 ETP)
	- Ergothérapeute	- 1 (0.8 ETP)
	- Assistante sociale / Conseillère en Economie Sociale et Familiale	- 1 (0.7 ETP)
	- Kinésithérapeutes libéraux	- 2
	- Animatrice	- 1 (1 ETP)
	- Enseignant APA	- 1 (1 ETP)
	- Educatrice spécialisée	- 1 (0.90 ETP)

II / LA SANTE MENTALE EN INDRE-ET-LOIRE / DONNEES STATISTIQUES

Les troubles psychiques et les maladies mentales sont classés au troisième rang des maladies après les cancers et les pathologies cardiovasculaires et ils sont sources d'un quart des invalidités selon l'OMS. Ils tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française et leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients est important.

La psychiatrie en France représente en 2018 :

- 424 000 patients hospitalisés en psychiatrie = 6 pour 1 000 habitants ;
- 2,1 millions de patients pris en charge en ambulatoire ;
- 552 établissements de santé autorisés en psychiatrie ;
- 82 000 patients hospitalisés sans consentement.

Chaque année, environ 200 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en décèdent, le suicide s'avérant la première cause de mortalité chez les personnes âgées entre 25 et 34 ans. Un pourcentage de la population souffre de troubles schizophréniques et 2 % de troubles de l'humeur en France. La prévalence des troubles psychiques est estimée à 18,5 % en France en 2016. Les troubles psychiques sévères associés à un risque accru de certains troubles somatiques et à une espérance de vie fortement réduite : ♂ - 16 ans, ♀ - 13 ans par rapport à la population générale. En 2015 : 8,3 % des patients hospitalisés à temps plein ont été placés en isolement, un chiffre en augmentation (6,6 % en 2011 et 7,2 % en 2013).

Les troubles mentaux sont le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie : 19,3 milliards d'euros.

Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an, dont :

- 65 milliards pour la perte de la qualité de vie ;
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides ;
- 13,4 milliards dans le secteur médical.

II.1 / CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES EN INDRE-ET-LOIRE

D'après le diagnostic territorial partagé du PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale) en Indre-et-Loire de février 2020.

Le département d'Indre-et-Loire, situé au Sud de la Région Centre-Val de Loire, s'étend sur 6 126,7 km² et comprend 272 communes.

L'Indre-et-Loire est le 2ème département le plus peuplé de la région Centre-Val de Loire avec 606 511 habitants en 2017 soit 23,54 % de la population régionale. Il est le plus densément peuplé avec une densité de 100 habitants au km², ce qui est proche de la moyenne nationale de 99 habitants au km².

Population	Indre-et-Loire (37)
Population en 2017	606 511
Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2017	99
Superficie (en km ²)	6126,7
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2012 et 2017, en %	+0,3
dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 2012 et 2017, en %	+0,2
dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 2012 et 2017, en %	+0,1
Nombre de ménages en 2017	279 367

Sources : Insee, RP2012 et RP2017 exploitations principales en géographie au 01/01/2020

Une progression et un vieillissement de la population sont à prévoir dans le département d'ici 2040 : un tiers des habitants aura plus de 65 ans et la population des plus de 75 ans va doubler. Ainsi l'Indre-et-Loire devrait accueillir 688 000 habitants, avec un indice de vieillissement de la population de 129 versus 89,5 en 2018. Les projections de l'INSEE prévoient une augmentation de la population de 75 ans ou plus de 71,82% soit 109 053 personnes alors qu'elles étaient 63 471 en 2018.

Le département compte actuellement presque un quart des moins de 20 ans de la région avec 146 184 personnes qui représentent 23,9 % de la population départementale.

POP T3 - Population par sexe et âge en 2018				
	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	292 286	100,0	315 474	100,0
0 à 14 ans	53 220	18,2	50 731	16,1
15 à 29 ans	53 232	18,2	54 759	17,4
30 à 44 ans	53 000	18,1	54 691	17,3
45 à 59 ans	58 628	20,1	60 838	19,3
60 à 74 ans	49 429	16,9	56 025	17,8
75 à 89 ans	22 264	7,6	31 793	10,1
90 ans ou plus	2 514	0,9	6 637	2,1
0 à 19 ans	73 213	25,0	71 145	22,6
20 à 64 ans	163 317	55,9	169 823	53,8
65 ans ou plus	55 756	19,1	74 506	23,6

Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographie au 01/01/2021.

En 2016, on note 18 885 familles monoparentales ayant des enfants de moins de 25 ans ce qui revient à dire que, pour 100 familles en Indre-et-Loire, 23,3% d'entre elles sont monoparentales soit présentant un taux supérieur à la moyenne régionale (22,4%), qui se rapproche donc du taux national (24%).

On décompte 37,6% de ménages seuls soit 104 189 personnes : taux plus important en moyenne qu'au niveau régional et national.

En 2018, le taux de chômage en Indre-et-Loire était de 8%, soit inférieur aux moyennes régionales et nationales avec respectivement : 8,3% en Centre-Val de Loire et 8,5% sur le territoire national.

Deux contrats de ville sont en vigueur en Indre-et-Loire : le premier englobe les 10 quartiers prioritaires relevant de la politique de la ville de l'agglomération Tours Métropole Val de Loire et comprend 35 338 habitants, le second situé à Amboise compte 2 724 habitants. À eux deux ; ils représentent 6,34% de la population départementale et 24,23% des personnes résidant en quartier prioritaire dans la région.

II.2 / INDICATEURS DE PAUVRETE / PRECARITE

L'Indre-et-Loire se démarque sur plusieurs points en rapport avec l'emploi et la précarité financière :

- 2 923 jeunes de 20 à 24 ans sont sortis du système scolaire sans diplôme soit 15,2% de cette tranche d'âge, taux le plus bas de la région et plus faible qu'au niveau national (17,9%). En 2018, la part de jeunes non insérés occupait la 22ème place et s'élevait à 20,2%, proportion la plus basse au niveau régional (22,7%), également inférieur au niveau national.
- Le taux de pauvreté monétaire à 60% était également inférieur au taux national en 2016, avec un taux à 12,8% en Indre-et-Loire et à 14,7% en France métropolitaine. Les taux de pauvreté de la population à couvrir par secteur psychiatrique hospitalier sont de 7,99% à Amboise/Château-Renault, 3,85% à Loches, 8,52% à Chinon et 14,6% à Tours.
- Le département comprend plus d'1/5ème (21,82%) des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) de la région soit 39 219 personnes en 2018, avec un taux par habitant s'élevant à 6,5%. Ce dernier est inférieur aux taux de la région et du territoire national de respectivement de 0,6 et 1,1 point. Le nombre de bénéficiaires d'une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) au cours de l'année 2017 (régime général) (pour 100 habitants) ressort à 1300 personnes, taux identique au niveau régional et national à plus ou moins 0.1 point près. Cette même année, le nombre de bénéficiaires de l'AME s'élevait à 1 741 personnes soit 28,33% des bénéficiaires de l'AME de la région.

Au total, 65 950 résidents d'Indre-et-Loire ont bénéficié d'au moins une allocation logement (allocation logement sociale, allocation logement familiale, allocation logement personnalisée) en 2018, ce qui représente 237,8 bénéficiaires pour 1000 ménages (65 950 allocataires) 201,7‰ au niveau régional 224,0‰ au niveau hexagonal, ces taux de bénéficiaires étant étroitement liés à l'offre de logement social.

L'Indre-et-Loire est le département de la région Centre-Val de Loire où résident le plus d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) en 2018 : avec 10 250 allocataires, le taux du département ne se démarque pas du niveau régional et national avec 3,1% allocataires pour 100 adultes de 20 à 64 ans.

II.3 / DONNEES SANITAIRES / INDICATEURS DE SANTE DE LA POPULATION

En 2018, l'espérance de vie en Indre-et-Loire était de 86,2 ans pour les femmes et de 79,9 ans pour les hommes soit 0,8 ans de plus que la moyenne nationale chez les femmes et 0,6 ans de plus que la moyenne nationale chez les hommes. La France a enregistré une nette baisse des morts par suicides sur la période 2012/2014 avec un taux de 14,4 pour 100 000 habitants, soit une baisse de 3,3 par rapport à la période 2003/2005. Cette baisse est encore plus significative en Indre-et-Loire (-4,8) mais le taux de mort par suicide du département, qui est à 16,3, est toujours supérieur à la moyenne nationale alors qu'il est le 2ème plus bas de la région après le Loiret.

L'Indre-et-Loire se démarque par le plus grand nombre de décès de personnes ayant des pathologies liées à l'alcool dans la région. En 2013, sur 26 décès de femmes liés à la consommation d'alcool dans la région Centre Val de Loire, 9 d'entre elles résidaient dans le département soit 34,62% des décès de la région. Sur 117 décès d'hommes, 28 d'entre eux résidaient dans le département soit 23,93% des décès de la région.

Le taux standardisé de personnes admises en ALD 23 « troubles psychiatriques de longue durée » en 2006-2014 en Indre-et-Loire est constaté à 151,4 : 3ème taux le plus bas de la région après le Loir-et-Cher et le Cher, d'un niveau plus bas que le taux régional (163,9), ce qui représente environ 866 personnes par an en moyenne. Ces taux sont nettement inférieurs à celui constaté au niveau national (190,4). Chez les personnes de plus de 75 ans, 1,9% des ALD les concernant relèvent d'affections psychiatriques de longue durée (89 nouvelles admissions annuelles). Par comparaison, le pourcentage des nouvelles ALD pour la maladie d'Alzheimer et autres démences est 6 fois plus important (573 nouvelles admissions par an, taux plus faible qu'au niveau national (12,8% soit 58148 admissions).

L'Indre-et-Loire figure, en 2018, parmi les dix départements de France dont le taux de recours aux soins psychiatriques en établissement de santé pour une population de 1 000 habitants âgés de 18 à 64 ans quelles qu'en soient les modalités (hospitalisation à temps plein, partielle ou ambulatoire, est le plus bas). Le recours à une prise en charge hospitalière est malgré tout plus important qu'un suivi par les psychiatres libéraux pour lequel le département présente un taux de recours plus faible que celui constaté au niveau national.

- Concernant les motifs d'admission : les troubles psychotiques, bipolaires et la dépression sévère sont les plus fréquents. Le taux constaté au niveau départemental s'élève à 7,20 ‰ soit 0,2 de plus que le taux de la région Centre-Val de Loire mais bien en deçà du taux national de 1,5 point (8,720 ‰). Le taux de recours standardisé en hospitalisation complète pour ces troubles est plus fréquent en Indre-et-Loire qu'au niveau de la France (3,120 ‰ / 2,90 ‰), la prise en charge en ville s'établissant à 5,690 ‰ en taux standardisé contre 7,690 ‰ au niveau national.
- Concernant les troubles de l'humeur, le constat est le même avec respectivement des taux d'hospitalisation de 80 ‰ patients du département tandis qu'au niveau régional le taux est de 100 ‰ et au niveau national de 11,70 ‰. L'hospitalisation à temps complet s'établit à 2,30 ‰ et le suivi en ville à 6,10 ‰.
- Le suivi des patients pour cause d'addiction est plus faible en Indre-et-Loire qu'au niveau régional et national. En effet, 1,40 ‰ patients d'Indre-et-Loire ont été pris en charge en milieu hospitalier quelle que soit la modalité alors qu'au niveau régional le taux est de 3,40 ‰ et au niveau national, de 3,20 ‰. La part d'hospitalisation à temps plein est également moindre : elle présente un taux de recours standardisé départemental de 0,50 ‰. S'agissant du suivi en ville, le taux de recours y est plus faible : pour 1000 habitants de 18 à 64 ans le taux standardisé du département ne dépasse pas les 10 ‰ tandis que la région atteint les 2,90 ‰ et 2,8 pour le taux national.
- Les Troubles Envahissants du Développement (TED), déficiences et autres troubles mentaux sévères présentent, un taux standardisé de recours en établissement atteignant 1,2 aussi bien au niveau régional que national, le taux départemental ne leur étant que légèrement inférieur de 0,1.

En revanche, pour des enfants et adolescents, le taux de recours aux soins psychiatriques est plus significatif. En effet, concernant les enfants de moins de 11 ans, le taux de recours tant en établissement hospitalier qu'en ville est nettement plus élevé qu'au niveau régional et national (en établissement hospitalier 359,2 enfants sur 10 000 contre 241,7 en région et 315,9 au niveau national et en médecine de ville 170,2 enfants / 94,7 / 88). Le taux de recours aux soins en milieu hospitalier des 12-17 ans avec 403,9 adolescents pour 10 000 reste supérieur à la moyenne régionale de 354,80 ‰ mais se trouve en deçà du taux national qui atteint 423,90 pour 10 000.

Le taux d'hospitalisation en psychiatrie des personnes de plus de 65 ans est également très inférieur au taux régional et au taux national : pour 10 000 habitants de 65 ans et plus, il est à 45,2 dans la région, de 55 en France métropolitaine et à seulement 42,90 ‰ en Indre-et-Loire. La part de séjours en psychiatrie orientés par un service des urgences pour 10 000 personnes de plus de 65 ans en Indre-et-Loire est plus basse qu'au niveau régional et national (8,9%/9,2%/13,9%) ; en revanche, les séjours hospitaliers en MCO (Médecine- Chirurgie-Obstétrique) de cette même population pour un motif d'ordre psychiatrique est plus élevée pour le département (66,6% contre respectivement 63,5% pour la région et 44,4% pour le niveau hexagonal).

La consommation de médicaments à des fins de soins psychiques en Indre-et-Loire est inférieure aux moyennes de la région ou de la France ainsi que les taux d'adultes consommant des anxiolytiques (64.70 ‰), des hypnotiques (30.40 ‰) ou des neuroleptiques (14.10 ‰) à l'exception du taux d'adultes consommant des antidépresseurs légèrement supérieurs dans le département de plus 0,2.

En Indre-et-Loire, 73,8% des patients hospitalisés pour des troubles mentaux sévères ont eu une prescription de 1 à 4 délivrances d'antidépresseurs dans les 6 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation. Cette donnée est inférieure au niveau régional (75,8%). 42,6% de ces mêmes patients ont eu plus de 9 délivrances de thymorégulateurs dans les 12 mois après la sortie d'hospitalisation alors qu'au niveau régional, cela concerne 46,9% des patients. Plus de la moitié (51,1%) ont eu plus de 9 délivrances d'antipsychotiques dans les 12 mois après la sortie d'hospitalisation contre seulement 47,8% des patients au niveau régional.

II.4 / OFFRE SANITAIRE EN SANTE MENTALE EN INDRE-ET-LOIRE

Le département d'Indre-et-Loire est divisé en 7 secteurs pour la psychiatrie générale et de 3 secteurs pour la psychiatrie infanto-juvénile. En Indre-et-Loire, en psychiatrie générale, la densité de lits en hospitalisation complète est de 120,1, 107,4 dans la région et 105,8 sur le territoire national.

L'Indre-et-Loire se démarque par une densité importante en places alternatives au temps complet avec 77 places pour 100 000 habitants alors que la densité régionale est de 35,1 pour 100 000 habitants et la densité nationale ne dépasse pas 13,3 pour 100 000 habitants. Quant à l'hospitalisation partielle (jour ou nuit), elle y est plus développée avec 48,3 pour 100 000 habitants alors que la densité régionale est de 40 et la densité nationale de 37,3.

Pour les établissements mono disciplinaires, la proportion de lits en hospitalisation partielle est plus faible au niveau départemental qu'au niveau régional avec 52,6 contre 65,4 pour 100 000 habitants. Ces données sont inférieures à la proportion nationale estimée à 73,6 lits pour 100 000 habitants, soit 13,3% des habitants du département vivent à 30 minutes ou plus d'une unité hospitalière à temps plein : c'est 8,5% de moins que la moyenne régionale et 3,1% de moins que la moyenne nationale.

2,4% des habitants du département se trouvent à plus de 45 minutes d'une unité hospitalière à temps plein, c'est 0,1% de moins que la moyenne régionale et 2,2% de moins que la moyenne nationale.

En Indre-et-Loire, il existe 16 CMP (Centre Médico Psychologique) et 4 CATTP (Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) pour la psychiatrie générale pour adultes ainsi que 10 CMP et 2 CATTP pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Le département dispose de 9 structures d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale représentant 612 lits ou places. L'Indre-et-Loire possède 322 lits et places dans les établissements publics et 101 lits et places dans les établissements privés à but lucratif.

Raison Sociale	Statut Juridique	Financement	Part de la psychiatrie dans patientèle	File active	Part des patients enfants
CLINIQUE DOMAINE DE VONTES	Privé	OQN	majoritaire	[1000-4000[<20%
CLINIQUE RONSARD	Privé	OQN	majoritaire	<1000	<20%
CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE VAL DE LOIRE	Privé	OQN	majoritaire	<1000	<20%
CHU DE TOURS	CHR	DAF	non majoritaire	>=4000	[20%-80%[
CHIC AMBOISE- CHATEAU RENAULT	CH	DAF	non majoritaire	[1000-4000[[20%-80%[
CH CHINONNAIS	CH	DAF	non majoritaire	[1000-4000[[20%-80%[
CH LOCHES	CH	DAF	non majoritaire	[1000-4000[<20%

Source : *scansante.fr*

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, seuls 3 établissements publics du département proposent des lits ou places : 24 lits sont disponibles en hospitalisation temps plein, 75 places sont accessibles en hospitalisation de jour et une seule de nuit pour l'ensemble de la région

Il n'existe qu'un seul lit en placement thérapeutique familial en psychiatrie générale. Pour la prise en charge des addictions au sein du département : trois établissements SSR et sanitaires sont spécialisés en addictologie.

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019
Nb total patients (<u>hors ambulatoires exclusifs</u>)	4 318	4 292	4 395	4 296	4 223
Nb patients en soins sans consentement*	546	506	499	522	501
% patients <u>non</u> originaires de la zone géographique d'implantation sélectionnée	21,7 %	23,0 %	22,0 %	21,7 %	21,3 %

Source : *scansante.fr*

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019
Nb total patients pris en charge <u>exclusivement</u> en ambulatoire	9 894	10 098	10 536	10 696	10 894

Source : *scansante.fr*

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019
Nb journées de présence à temps complet	202 822	203 344	204 568	204 583	209 470
DMH à temps complet	54,5	56,0	55,0	57,0	59,9

Source : *scansante.fr*

Le nombre de places en hospitalisation de jour en psychiatrie générale s'élevé à 293 places. En hospitalisation de nuit, en psychiatrie générale, les établissements proposent 15 places. Seul le secteur public propose un accueil en appartement thérapeutique avec 3 lits disponibles dans le département.

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019
Nb venues d'une journée	56 885	63 346	61 329	56 168	53 430
Nb venues d'une demi-journée	11 493	10 672	12 024	12 268	15 233

Source : *scansante.fr*

Le département dispose également des offres spécialisées suivantes :

- Un Centre d'Accueil et de Crise ouvert en 2015 sur le site Trousseau ;
- Une USLD Psychiatrique, Pôle Santé Mentale La Confluence ;
- Une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) et une Permanence d'Accès aux Soins de Santé en Psychiatrie (PASS psy) ;
- Une équipe pédopsychiatrique de liaison ;
- Une équipe mobile soins-études pour les jeunes souffrant de troubles scolaires anxieux ;
- Une équipe mobile de prévention du suicide des jeunes ;
- Un hôpital pédiatrique ;
- Le centre d'expertise et de prise en charge du psycho-traumatisme depuis 2019 ;
- Une équipe mobile liaison-accompagnement (EMLA) pour l'évaluation des personnes à domicile en rupture de soin ou dans le refus de soin
- Une structuration de l'offre de réhabilitation psycho-sociale en psychiatrie.

III / POLITIQUE DE SANTE MENTALE

III.1 / STRATEGIE NATIONALE

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie de juin 2018 répond à cet enjeu de santé publique en visant le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide, l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Elle se décline en 37 actions selon trois axes :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide,
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité,
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

La politique de santé mentale nécessite une approche transversale et territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d'"aller-vers" et d'empowerment.

III.2 / DECLINAISON DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE EN CENTRE VAL DE LOIRE

La santé mentale fait l'objet d'un parcours spécifique au sein du projet régional de santé 2018-2022.

Trois objectifs stratégiques ont été identifiés en collaboration avec les acteurs régionaux concernés afin d'améliorer le parcours de santé et de vie des personnes atteintes de troubles psychiques :

- développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques ;
- promouvoir un parcours de santé et de vie faisant du lieu de vie le centre des prises en charge et des accompagnements ;
- organiser la continuité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles psychiques par la coordination étroite entre les différents acteurs.

La santé mentale est également abordée dans le volet "objectifs quantifiés de l'offre de soins" du PRS, qui fixe notamment un nombre d'implantations cible en termes d'offre hospitalière en psychiatrie dans les différents territoires.

III.3 / DECLINAISON DE LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE EN INDRE-ET-LOIRE : LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE (PTSM)

La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, les psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du médico-social, du logement, de l'hébergement, de l'insertion, du social.

La démarche PTSM permet à ces différents acteurs sur un territoire donné, d'œuvrer collectivement pour promouvoir la santé mentale, agir sur la prévention de la souffrance et des troubles psychiques et pour améliorer le parcours de santé et de vie des personnes qui en sont atteintes, par une prise en charge coordonnée, sans rupture et centrée sur leurs capacités d'agir et leurs aspirations.

A partir d'un diagnostic territorial partagé, le PTSM organise l'accès de la population à des dispositifs et services afin de répondre aux 6 priorités suivantes :

1. Le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et accompagnements sociaux et médico-sociaux (en favorisant le milieu de vie ordinaire) ;
2. La mise en place de parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves en situation ou à risque de handicap psychique ;
3. L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés ;
4. L'organisation de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
5. Le respect et la promotion des droits des personnes (développement de l'empowerment, destigmatisation) ;
6. Une action sur les déterminants de la santé mentale (compétences psycho-sociales, prévention).

Une feuille de route sur 5 ans formalise le plan d'actions à mettre en œuvre sur le territoire. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le Directeur Général de l'ARS, après les consultations prévues par la réglementation à savoir après avis des conseils locaux de santé mentale et des conseils territoriaux de santé concernés.

Chaque PTSM fait l'objet d'une déclinaison au sein d'un contrat territorial de santé mentale entre l'ARS et les acteurs participant à sa mise en œuvre. Celui-ci a vocation à constituer une véritable feuille de route opérationnelle pour 5 ans et un document de référence des actions à mener sur le territoire et des moyens à mobiliser pour y parvenir.

En Indre-et-Loire, un comité de pilotage a été mis en place le 12 mars 2019 présidé par M. OREAL, président du CTS. Six groupes de travail se sont constitués : chacun en charge d'un axe prioritaire afin d'établir un diagnostic. Ce diagnostic a été validé en Conseil Territorial de Santé le 27 février 2020 après une présentation des synthèses de chaque travail. Suite à ce diagnostic, la phase de préparation à la contractualisation a débuté avec de nouveaux groupes de travail suivants les actions à mettre en place. Elle a pris fin le 17 décembre 2020 après une validation par le Conseil Territorial de Santé des fiches actions ressorties du diagnostic initial.

III.1 / AXE 1 : AMELIORER LE REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE PRECOCE PAR LA FORMATION

N°	Action	Synthèse de l'action	Objectifs
1	Organiser la formation des professionnels de santé en particulier les médecins généralistes et médecins du travail à la prise en charge de la santé mentale	Expérimentation du modèle care manager, un professionnel de santé mental auprès du médecin généraliste orienté vers le repérage/la prévention des troubles psychiques.	Mise en place de plusieurs care manager en liens avec un nombre restreint de médecins généralistes volontaires idéalement regroupés dans une maison de santé pluridisciplinaires. Les care managers partageraient les missions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> – Mission d'évaluation clinique standardisé + passation de questionnaire – Mission de dépistage – Psychoéducation, accompagnement dans les soins – Orientation du patient – Présentation d'un dossier médical et d'informations cliniques sur les temps de synthèse avec médecin généralistes / psychiatres – Travail psychothérapeutique de soutien / structuré (intervention brève) (NB : si formation spécifique) – Visite à domicile
2	Organiser des actions auprès des employeurs et des formateurs pour améliorer le repérage	Sensibilisation aux troubles psychiques auprès des acteurs de la formation, l'emploi et l'insertion professionnelle	Organiser des actions auprès des employeurs pour améliorer le repérage des salariés en difficulté psychique <ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisation aux troubles psychiques pour favoriser l'intégration des salariés et le – Maintien en poste – Favoriser les liens avec les organismes de formation pour faciliter l'aménagement du – Cursus de formation et éviter les ruptures – Déstigmatisation des troubles psychiques vers le monde de l'emploi et la formation – Favoriser l'emploi des personnes avec souffrances psychiques et diminuer leur taux de chômage
3	Former le grand public aux gestes de 1er secours en santé mentale	Tout le monde peut repérer dans la mesure où on a été sensibilisé aux signes	<ul style="list-style-type: none"> – Former au moins 5% de la population de l'Indre-et-Loire aux gestes des Premiers Secours en santé Mentale (PSSM), ce qui représente 30 000 personnes à former. L'objectif visé de 5% serait sur un horizon de 5 ans, soit environ 6000 personnes par ans, soit 500 sessions de formations de 16 personnes maximum (effectif fixé par PSSM France)

N°	Action	Synthèse de l'action	Objectifs
1	Développement d'une Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) renforcée	Renforcement de la CUMP pour améliorer : la capacité d'interventions précoces auprès des victimes d'événements traumatisants, la formation des volontaires, les liens avec le réseau de soins d'aval	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre d'améliorer la réponse immédiate et post-immédiate à la demande de prise en charge de victimes de traumatismes - Permettre aux blessés psychiques d'intégrer une filière de soins spécifiques la plus adaptée le plus précocement possible pour réduire le risque de survenu d'états de stress post-traumatiques - Répondre à la demande de formation des volontaires des CUMP, des étudiants dans les filières sanitaires, et des partenaires (CESU, Associations Agréées de Sécurité Civile)
2	Soins à Domicile de patients suicidants et avec idées suicidaires ou situations non couvertes	Renforcer les moyens d'une équipe mobile existante afin de lui permettre une intervention à domicile à destination des patients suicidants et patients avec idées suicidaires ou pour les situations actuellement non couverte par les équipes mobiles existantes	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe mobile pour les suicidants ou personnes avec idées suicidaires - Travail avec les équipes médico-sociales et sociales du territoire
3	Prise en charge en établissements et services médico-sociaux (ESMS) : équipe interhospitalière d'intervention en institution E 3i	apporter une aide aux établissements médico-sociaux afin d'éviter le transfert des patients sur les urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels non soignants au repérage de la crise psychiatrique, apprendre à la gérer - Apporter des outils aux professionnels des ESMS - Comprendre le phénomène de décompensation - Equipe intersectorielle Loches /Tours ; mutualisation des moyens
4	Télé médecine		<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un suivi des patients avec les moyens de la télé médecine notamment pour les patients suicidant - Utiliser la télé médecine ou télé-expertise dans les établissements de psychiatrie pour des consultations spécialisées - Permettre d'établir des certificats médicaux par un médecin tiers pour les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)
5	Déployer VIGILAN'S et organisation des formations		<ul style="list-style-type: none"> - Gérer au mieux l'organisation des formations sur la région - Créer un annuaire des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et le tenir à jour - Déployer vigilan's phase après la première étape de l'Indre-et-Loire

III.3 / AXE 3 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE PAR UN RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET REDUIRE LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE

N°	Action	Synthèse de l'action	Objectifs
1	Réduire les temps d'accès à la prise en charge en CMP	Affiner les délais d'attente en CMP relevés pour l'Indre-et-Loire dans le rapport de l'ORS (AV 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter le rapport de l'ORS en affinant l'analyse pour le département de l'Indre-et-Loire
2	Réduire les délais de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile		<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des délais de prise en charge dans les CMP de Psychiatrie infanto juvénile - Décrire et définir les niveaux 1 et 2 de prise en charge en CMP/CMPP - Harmoniser les pratiques de prises en charge - Diminuer les délais d'attente
3	Réduire les délais de prise en charge en psychiatrie adulte en CMP		<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les délais de prise en charge en psychiatrie adulte en CMP
4	Dispositif d'aide aux familles et aux proches des personnes souffrant de troubles psychiatriques	Développer et coordonner sur l'ensemble du territoire les ressources à destination des familles et proches des personnes souffrant de troubles psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer aux familles et proches des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques un aide adaptée à leurs besoins : <ul style="list-style-type: none"> o Thérapie familiale/ thérapie de couple, o Psychoéducation maladies chroniques : groupes profamille, programmes plus courts, accessibles à plus de familles (début de prise en charge, incertitude diagnostique, etc.) comme le programme BREF, o Développer les prises en charges des proches et familles de patients souffrant de troubles addictifs : thérapies familiales, thérapies multifamiliales, - Mise en place des entretiens systématiques d'informations aux familles, développer des outils d'informations à leur destination, - Développer des évaluations du fonctionnement familial permettant de cibler les interventions individuelles et familiales. - Coordonner les prises en charges des familles en articulation avec les différents intervenants sanitaires (CSAPA, psychiatrie de liaison, urgences, unités d'hospitalisation, centres de consultations de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, service de réhabilitation psychosociale, unité de consultation post pénale, etc.), sanitaires libéraux, associatifs (UNAFAM) et avec les soins primaires.

III.4 / AXE 4 : ORGANISER UNE MEILLEURE COORDINATION DE L'OFFRE PSYCHIATRIQUE SUR LE TERRITOIRE VISANT A GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS ET DE VIE SANS RUPTURE

N°	Action	Synthèse de l'action	Objectifs
1	Améliorer le passage de relais entre les différents stades de la prise en charge de la personne pour éviter les ruptures	Créer la convergence dans les prises en charge par une approche pluridisciplinaire et apporter une réponse globale aux personnes souffrant de troubles psychiques	<ul style="list-style-type: none"> Former des « assistants au projet et parcours de vie » (APPV). Ces assistants au projet et parcours de vie seraient les professionnels pluridisciplinaires qui auraient plusieurs missions auprès des personnes souffrant de troubles psychiques : A l'initialisation de la prise en charge : proposition de la meilleure solution possible en réponse à la demande de la personne accompagnée et des possibilités offertes en local et/ou au niveau national. Interrogation régulière, sur la pertinence de la solution en place. A chaque changement de type de prise en charge : relai entre l'étape en cours et l'étape visée, quel que soit le domaine (formation, hébergement, emploi, etc..). Regroupement au sein d'une « plateforme », pour être plus efficaces par la dimension collective, et « dédiés » à un ou plusieurs personnes souffrantes de troubles psychiques pour être plus efficace par la dimension humaine et personnelle.
2	Harmoniser les territoires d'intervention des acteurs afin d'éviter les ruptures provoquées par les changements des acteurs de prise en charge	« la santé mentale doit être à portée de main »	<ul style="list-style-type: none"> Eviter les ruptures de prises en charge lors des changements des acteurs de prise en charge (transition d'âge enfant-adulte, adulte-personne âgée) Calquer les secteurs de pédopsychiatrie sur les secteurs adultes avec les différents dispositifs de soins, d'études, tels que les contrats locaux de santé et le conseil local de santé mentale de Tours, mais aussi les secteurs d'éducation et de prise en charge des soins en ESMS et collectivités territoriales Coordonner les services de secteur psychiatriques avec l'ensemble des acteurs privés ou associatifs Améliorer l'articulation des prises en charge entre les structures de soins privés, les médecins libéraux. Le secteur de psychiatrie ne doit pas être seul à suivre un patient, notamment pour les parcours « fragiles »

III.5 / AXE 5 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

N°	Action	Synthèse de l'action	Objectifs
1	Améliorer l'accès à la prise en charge somatique des personnes ayant des troubles psychiatriques	développer les services de coordination de type Service d'Accompagnement Médico-Social Adapté (SAMSAH) sur l'ensemble du territoire pour favoriser le parcours de santé des personnes ayant des troubles psychiques	<ul style="list-style-type: none"> Coordonner le parcours de soin des personnes en situation de handicap psychique sur l'ensemble du département Participer à un meilleur repérage des situations de santé fragiles Améliorer l'accès aux actions de prévention, dépistage et prise en charge globale des problèmes de santé somatique pour les personnes en souffrance psychique Apporter un soutien aux médecins pour la mise en œuvre du plan de soin des patients présentant des troubles psychiatriques
2	Garantir le recours à une expertise somatique pour les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie des centres hospitaliers	Permettre un accès à un somaticien dans tous les services/ établissement de psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Modéliser et structurer pour tout patient une prise en charge somatique durant l'hospitalisation Intégrer la prise en charge somatique de médecine générale dans le projet de soins individuel du patient hospitalisé Faciliter la prise en charge psychiatrique de chaque patient en identifiant l'origine des signes cliniques

III.6 / AXE 6 : PROPOSER DES SOLUTIONS DEDIEES AUX PRISES EN CHARGES COMPLEXES (PERSONNES ISOLEES ET/OU A TROUBLES MULTIPLES...)

N°	Action	Synthèse de l'action	Objectifs
1	S'appuyer sur une équipe pluri professionnelle au sein de la PTA 37 (Plateformes territoriales d'appui) pour l'accompagnement des patients non stabilisés ou atypiques	Proposer un appui à la coordination des Parcours de Santé complexes pour les patients non stabilisés ou atypiques, faisant intervenir des professionnels de divers secteurs (sanitaire, médico-social ou social)	<ul style="list-style-type: none"> - Informer et orienter vers l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale du territoire - Participer à un meilleur repérage des situations à risques - Améliorer l'accès aux droits, aux aides et aux soins pour les patients complexes - Apporter un appui à la coordination des situations complexes - Proposer une évaluation multidimensionnelle des situations (déterminants de santé) - Apporter un appui aux sorties d'hospitalisation complexes
2	Améliorer la lisibilité de l'« aller vers » des populations isolées et précaires à troubles multiples et proposer des accompagnements innovants	Améliorer la lisibilité de « l'aller-vers », développer et optimiser les accompagnements	<ul style="list-style-type: none"> - Développer « l'aller vers » les personnes précaires : <ul style="list-style-type: none"> o Réduire les inégalités d'accès aux soins o Favoriser l'engagement des personnes dans les soins les concernant o Permettre une prise en charge adaptée des différents publics dans les services spécialisés et non spécialisés du champ de la psychiatrie o Permettre l'accès aux dispositifs dédiés dès lors que le milieu ordinaire n'est pas ou plus adapté
3	Mettre en place une articulation des prises en charges entre les services d'addictologie et de psychiatrie (création d'une Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour les troubles multiples)	Déployer des hôpitaux de jour proposant une prise en charge commune Addictologie/Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une prise en charge pour des patients présentant une problématique addictive associée à des troubles psychologiques ; en ambulatoire afin de préserver l'insertion sociale, environnementale et familiale des patients - Proposer une prise en charge s'inscrivant en complémentarité avec les autres structures du territoire : le CSAPA, les services d'hospitalisation, les soins de suite et de réadaptation... - Proposer une prise en charge globale et transversale avec une équipe pluridisciplinaire (secrétaires, assistantes sociales, infirmières, art-thérapeutes, psychologues, psychiatres...)

III.7 / AXE 7 : RENFORCER LE MAINTIEN OU RAMENER VERS LA COMMUNAUTE LES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET DESTIGMATISER LA SANTE MENTALE

N°	Action	Synthèse de l'action	Objectifs
1	Développer des actions transversales de sensibilisation à la santé mentale pour tous en Indre-et-Loire (aidants, acteurs et grand public ...)	Informer, accompagner, « Détabouiser », et faire évoluer les mentalités et les regards sur la maladie mentale.	<ul style="list-style-type: none"> - Interconnaissance des acteurs (promouvoir le ROR), - Diminution de la stigmatisation et insertion accrue des personnes atteintes de troubles de santé mentale, - Accroissement du rétablissement des personnes atteintes de troubles de santé mentale - Amélioration des modes de communication et d'accès aux manifestations des personnes ayant des troubles de la santé mentale et/ou des handicaps, - Augmentation du traitement du thème de la santé mentale dans les lieux de travail et dans les médias locaux.
2	Soutenir la création et le développement d'un groupe de pairs-aidants en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien à la mise en place de groupes de pairs aidants, formels et informels dans tous les lieux de vies (ESMS établissements de soins), - Communication sur la possibilité de créer des groupes dans les réseaux, - Appui à la mise en place d'actions et de projets portés par des pair aidants, - Soutenir la mise en place d'une professionnalisation de pair aidants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer les conditions pour que des personnes atteintes de troubles psychiques puissent devenir « pair-aidant » ou « patient ressource » et ainsi contribuer à leur propre rétablissement, au rétablissement d'autres patients et créer une dynamique vertueuse, déstigmatisante et constructive
3	Faciliter l'inclusion des personnes ayant des troubles de la santé mentale par l'emploi et le logement au travers de partenariats intersectoriels	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la mise en place du programme « un chez soi d'abord », - Changer les représentations des employeurs sur les travailleurs handicapés, - Participer au PLITH 37, - Communiquer sur les actions en faveur de l'hébergement et de l'emploi avec et pour les personnes concernées par des troubles psychiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer des alternatives innovantes d'accompagnement, proposer des expérimentations et des innovations en favorisant la coopération des secteurs du logement, de l'emploi et du médical. - Favoriser une meilleure articulation entre les partenaires santé, emploi et logement - Prévenir les risques psychosociaux des professionnels en anticipant
4	Remédiation cognitive auprès de personnes présentant des troubles de l'usage des substances	Développer l'offre de soins spécifiques de remédiation cognitive auprès des personnes présentant des troubles de l'usage des substances	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'accès aux bilans cognitifs à visée fonctionnelle pour tous les usagers, le plus précocement possible - Proposer des soins de remédiation cognitive en groupe et en individuel, les plus appropriées aux déficits présentés (neurocognition et cognition sociale) - Renforcer les liens avec les partenaires : champ sanitaire, champ médicosocial - Favoriser le transfert des stratégies apprises en milieu écologique - Participer à des projets de recherche - Etendre l'offre de soins à d'autres types d'addictions (autres substances et addictions comportementales)

Les orientations stratégiques correspondent au Plan Directeur fixant les grands principes et priorités qui dicteront l'action globale. Elles servent ainsi de socle structurant au Projet d'Etablissement pour la période 2022-2026.

Les orientations stratégiques 2022-2026 se structurent sur 4 niveaux :

1. celui de la recherche permanente de l'efficacité :

c'est-à-dire « rendre le meilleur service au patient » !

2. celui de la recherche permanente de l'efficience :

c'est-à-dire « fournir le meilleur service au patient au juste coût », en tenant compte des contraintes induites par la réforme du financement de la psychiatrie.

3. Celui de l'adaptabilité :

c'est-à-dire savoir s'ajuster rapidement et efficacement. Cette notion ayant pris toute son importance dans le cadre du contexte sanitaire COVID19.

4. Celui de la prise en compte des exigences de la certification V2020 :

c'est-à-dire que chaque action est pensée pour tendre à la satisfaction de ces exigences dans une démarche d'amélioration continue globale.

Chacune des hypothèses d'actions stratégiques devra pouvoir prendre en compte trois fondamentaux :

- la réelle valeur ajoutée en termes de service rendu au patient,
- l'efficience économique de l'action envisagée,
- l'effet levier réel sur notre démarche d'amélioration continue.

Les Orientations Stratégiques ont été élaborées en COPIL projet d'établissement puis présentées et validées en réunion médicale du mardi 03 Mai 2022 ;

Les Orientations stratégiques prennent en compte les préconisations figurant à la fois :

- dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens et ses annexes (C.P.O.M) ;
- dans les Avenants au Contrat d'Objectifs et de Moyens (Avenant C.P.O.M);
- dans les attentes en matière de Plan Régional de Santé (P.R.S) et de Plan Stratégique Régional de santé (P.S.R.S) ; le PTSM.
- dans la réforme du financement ;
- dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) ;
- le manuel de certification v2020.

Mais aussi en tenant compte,

- des Objectifs Institutionnels de la clinique ;
- des Valeurs de la clinique ;
- des Priorités identifiées par les professionnels de l'établissement ;
- des orientations Groupe Ramsay Santé

Le groupe Ramsay Santé met à disposition de praticiens des établissements les services d'une Direction Recherche et Enseignement directement rattachée à la Direction Innovation Médicale et Expérience Patient. Son objectif est de mobiliser, au sein du Groupe, tous les professionnels du soin désireux de contribuer au progrès médical. Chaque essai clinique porte l'ambition d'évaluer aujourd'hui l'innovation de demain. Cette ambition représente une source d'espoir pour les patients. Elle contribue à créer de la fierté, de l'émulation et du lien au sein des équipes médicales. Elle renforce l'attractivité du Groupe pour les praticiens et permet d'élargir nos partenariats académiques et industriels.

L'objectif de la DRE est d'affirmer le leadership de Ramsay Santé sur le terrain de l'innovation clinique. Pour atteindre cet objectif, la DRE se fixe trois missions :

- Rationaliser l'organisation des essais et études cliniques au sein des établissements Ramsay Santé ;
- Développer des partenariats avec des promoteurs institutionnels et industriels ;
- Valoriser les domaines d'excellence des équipes médicales au plan régional et national et soutenir la réalisation de publications scientifiques.

La DRE entend apporter des solutions opérationnelles aux praticiens et aux équipes des établissements (DE, pharmaciens, ARC-TEC). Elle déploie des outils, de services et des moyens pour harmoniser et alléger les procédures, accélérer les délais de contractualisation, accompagner les démarches réglementaires, centraliser et analyser les indicateurs de performances, offrir un soutien aux publications des investigateurs, et favoriser le rayonnement scientifique des équipes du Groupe. Au-delà de l'appui local et régional, la DRE développe un plan stratégique national afin d'ouvrir chaque essai à plusieurs sites du Groupe, en intégrant un nombre optimal d'investigateurs, de cohortes de tailles variables, de sites et d'équipes selon leurs spécialités.

PROJET MEDICAL 2022-2026

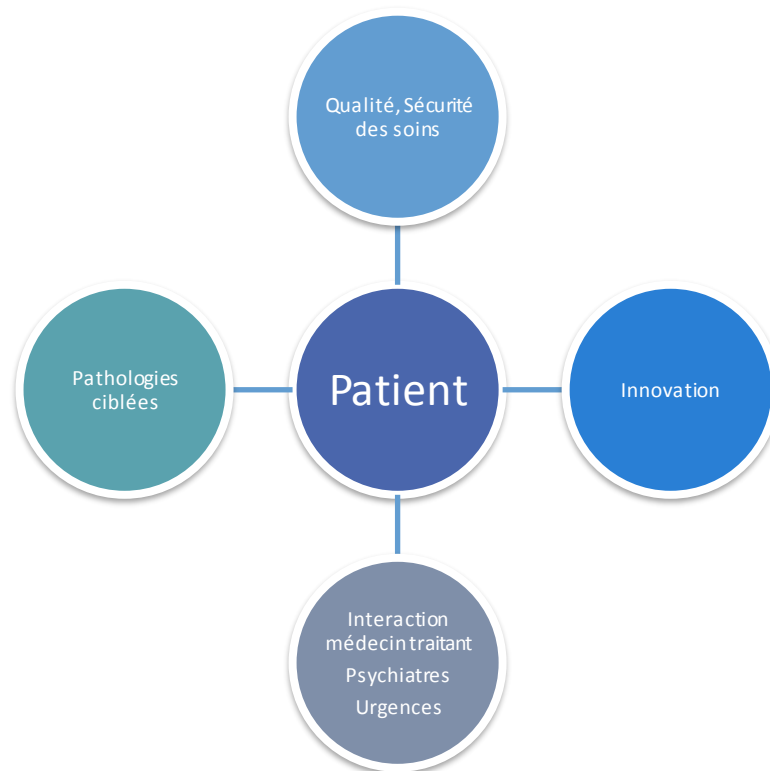
L'élaboration du projet médical du Projet d'établissement 2022-2026 de la Clinique Ronsard intervient au milieu d'une actualité en santé nationale et territoriale en pleine mutation. La valorisation du projet médical et la reconnaissance de son intérêt dans toutes les évolutions organisationnelles en cours amènent à y porter une attention toute particulière.

Ce nouveau projet médical est à l'image d'un établissement : attractif pour les praticiens compte-tenu notamment de ses capacités d'adaptation, de son organisation et de sa localisation. La clinique s'inscrit dans un réseau de soins dans lequel la filière psychiatrique est organisée et efficace.

Les médecins psychiatres assurent la permanence médicale psychiatrique par l'intermédiaire d'une astreinte le soir en semaine de 20h à 9h et les week-ends et jours fériés. Cette permanence des soins est assurée 7 jours sur 7 tous les jours de l'année.

Dans le cadre des urgences somatiques, nous avons une convention avec le service des urgences du CHRU de Tours afin d'orienter les patients pour la prise en charge.

La CME souhaite que le patient soit au cœur du projet de soins et qu'il bénéficie de la meilleure qualité et sécurité des soins tout en lui proposant des soins innovants.



La communauté médicale participe à la démarche qualité, à la formation et à l'évaluation de l'activité.

Les changements dans les pratiques seront évalués dans le cadre d'un programme d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Le corps médical souhaite l'accélération et le développement des partenariats et a pour objectif de développer certains axes thérapeutiques.

I / FILIERE « URGENCES »

I.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Il était envisagé un service de post-urgence qui permettrait d'assurer une prise en charge de courte durée pour des patients accueillis aux urgences du CHU avec création d'un espace individualisé de 12 lits dédiés. Les objectifs étant d'améliorer la qualité de la prise en charge et la continuité des soins, la diminution des durées de séjour, le désengorgement des urgences psychiatriques.

Cependant, ce projet a été abandonné car l'équipe médicale était insuffisante pour répondre à la prise en charge avec notamment une garde sur site obligatoire.

II / FILIERE « OBLIGATION DE SOINS »

II.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Les patients qui doivent bénéficier de soins sous contraintes sont transférés systématiquement au CHRU de Tours. Cette organisation est toujours d'actualité.

III / FILIERE « GERONTOPSYCHIATRIE »

III.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Il était prévu d'accueillir un interne pour cette activité suite à l'obtention d'un agrément jusqu'en 2022 par l'établissement, cependant le nombre d'interne ne permet pas d'en disposer, ils sont répartis dans les hôpitaux.

Développement des coopérations EHPAD : diverses conventions ont été signées avec les EHPAD afin de structurer la filière.

Lancé en 2013, la clinique était impliquée dans le dispositif territorial et expérimental PAERPA (Personne Agée en Perte d'Autonomie). Cette expérimentation est officiellement terminée depuis 2019 avec des résultats nationaux en demi-teinte : amélioration modeste mais significative de certains indicateurs concernant le médicament (baisse des prescriptions inappropriées et de la poly-médication) ou les soins non programmés en ville (baisse du recours aux urgences). En revanche, pas d'amélioration du côté d'autres indicateurs comme la durée cumulée de séjours à l'hôpital, du taux de ré-hospitalisation, d'hospitalisations potentiellement évitables... La forte hétérogénéité des situations locales est de nouveau soulignée en 2020. La démarche a cependant permis de développer :

- Les équipes mobiles de gériatrie : pour renforcer la continuité de la prise en charge et du lien ville-hôpital-EHPAD, les ARS ont profité de l'expérimentation pour en développer et structurer là où il n'y en avait pas et consolider les existantes ;
- L'hébergement temporaire en EHPAD : le programme a financé une partie des restes à charges ;
- La mutualisation des infirmières d'astreinte ou de garde en EHPAD.

III.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'unité de géronto-psychiatrie de la clinique Ronsard est l'unique unité du département d'Indre-et-Loire dédiée à la prise en charge psychiatrique des patients âgés. Son champ d'intervention doit pouvoir couvrir l'ensemble des problématiques usuellement intégrées à cette discipline, incluant la prise en charge de patients opposants, notamment dans le contexte d'une pathologie neurodégénérative. La concomitance chez les mêmes patients des problématiques gériatriques générales (perte d'autonomie) et des troubles psychiques nécessite un personnel à la fois motivé à cette pratique, formé et en nombre adapté.

Une équipe d'infirmier et d'aide-soignant permet de garantir les soins à la personne dans de bonnes conditions, la gestion d'éventuels troubles du comportement, une écoute et une attention empathiques proactives, l'aide dans la gestion d'éventuels problèmes pratiques du quotidien et l'animation d'ateliers thérapeutiques, ou de prises en charge individuelles.

La prise en soin au sein de la clinique peut se décliner en plusieurs volets.

III.1 / PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

Psychoéducation : la psychoéducation doit être une préoccupation constante des soignants de psychiatrie, particulièrement des médecins. L'information doit bien sûr être progressive et à la portée du patient. Les patients et aidants pourront être orientés vers les groupes psycho-éducatifs existants déjà sur l'agglomération. Les développements ultérieurs de l'activité de la clinique pourront intégrer la constitution de groupe psycho-éducatifs.

Relaxation : Les séances seront réalisées sur indication médicale et nécessiteront la formation du personnel infirmier.

Réadaptation sociale progressive : Les soins d'hygiène personnelle, l'habillement, le ménage, les repas, doivent être l'occasion de solliciter une réadaptation sociale par un réapprentissage des gestes du quotidien, à la mesure des possibilités du patient. Ils sont essentiellement le fait des aides-soignantes mais les autres catégories professionnelles sont impliquées notamment l'ergothérapeute en aidant à adapter ces gestes au degré d'autonomie du patient. Le travail d'aide-soignant en milieu gerontopsychiatrique va donc au-delà du travail habituel fourni par exemple en EHPAD et est donc nécessairement plus chronophage du fait de cet accompagnement. Il nécessite un personnel motivé à cette pratique et forme.

Cette réadaptation implique aussi la mobilité et l'accompagnement progressif par exemple au rez-de-chaussée, temps généralement apprécié des patients à faible mobilité, contribuant donc à l'amélioration thymique et propice aux échanges.

III.2 / PRIS EN CHARGE GROUPALE

Groupe de parole : ils sont conduits par un(e) psychologue ou un(e) infirmier(e). La thématique de l'échange est établie en début de séance par le groupe, éventuellement avec proposition par le professionnel.

Groupe de stimulation cognitive (scrabble, lecture/revue de presse, écriture, chants et musique, atelier créatif...) : ils sont principalement conduits par les infirmier(e)s. Ils peuvent avoir une visée de stimulation cognitive. Cependant leurs principaux intérêts sont la restauration de capacités hédoniques, la resocialisation avec reprise de confiance en soi, l'aide à l'élaboration sur ses propres difficultés psychosociales.

Stimulation sensorielle et physique : les mêmes bénéfices sont attendus dans ces groupes que pour les autres prises en charge collectives. Le corps est ici le vecteur de soins. Plus particulièrement, ces groupes visent à réaménager la relation du patient à son propre corps quand cette relation se résume à une douleur, ou quand le corps est particulièrement disqualifié sur le plan esthétique ou encore sur le plan des performances (mobilité, dextérité...). Les professionnels impliqués seront particulièrement les infirmier(e)s, le psychomotricien, l'enseignant APA et l'ergothérapeute. Le contenu sera fait de gymnastique douce, de jeux de ballons, de relaxation, d'atelier esthétique, de soins socio-esthétiques, de massages, ou de bains relaxants (la clinique possède le matériel de balnéothérapie).

Psychoéducation : comme précédemment évoqué, les patients et aidants pourront être orientés vers les groupes psycho-éducatifs existant déjà sur l'agglomération tourangelle. Les développements ultérieurs de la clinique devraient intégrer la mise en place de groupes psycho-éducatifs, et particulièrement celui d'un groupe dédié à la dépression du sujet âgé.

D'autres pistes de développement incluent des prises en charge en piscine et en médiations animales.

III.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Assurer la prise en charge des patients à partir de 65 ans dans le respect de leurs habitudes	Dr ZAWADZKI	Taux de patients accueillis	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Développer des groupes psychoéducatifs	Dr ZAWADZKI CCS	Nombre de groupe constitué	1 0	2 0	3	4	5
Former les équipes à la relaxation	RH	Taux de professionnel formé	2% 2%	4% 2%	6% 2%	10% 2%	15% 2%
Veiller à la réadaptation sociale	Dr ZAWADZKI CCS	Taux de réponse positive du critère 1.4-05 du patient traceur*	75% 100%	80% 100%	80%	85%	90%

*Critère 1.4-05 Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite

IV / FILIERE « PATHOLOGIES COMPLEXES ET TRAITEMENTS INNOVANTS »

IV.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Il était envisagé la mise en place d'une activité d'électro-convulsivothérapie (ECT) : Cette activité reste une piste de développement d'activité envisageable mais n'est plus priorisée. La structuration avec un service d'anesthésiste est complexe.

IV.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La CME souligne la nécessité de définir des axes thérapeutiques notamment en ciblant dans le projet certaines pathologies avec des ateliers thérapeutiques ciblées animés par des soignants ou personnels formés. Les prises en charges individuelles devront bien sûr être poursuivies en parallèle.

IV.1 / RTMS

Elle consiste en une stimulation répétée de zones ciblées du cerveau (cortex préfrontal ou cortex moteur) délivré par un champ magnétique par voie externe au moyen d'une bobine de stimulation.

Le projet a été présenté aux salariés par le Dr Heng et le Dr LEGAY en 2019. Ce projet se construit avec un comité de pilotage. La chambre 301 en hospitalisation de nuit a été dédiée à cette activité. Le matériel a été mis en place au 3^{ème} trimestre 2020 et le personnel a été formé en septembre 2020.

La prise en charge est en place depuis décembre 2020 pour des patients souffrant notamment d'épisodes dépressifs moyens avec échec d'un ou 2 traitements antidépresseurs. L'équipe médicale souhaite accueillir 10 patients par jour, patients en hospitalisation complète et patients adressés par des psychiatres libéraux extérieurs par l'intermédiaire d'un accueil en hôpital de jour dans l'attente d'une validation de l'acte par la Haute Autorité de Santé.

Toute demande d'admission doit être adressée et validée par le médecin référent de la rTMS. La réalisation des RTMS doit être effectuée par des IDE.

IV.2 / LUMINOTHERAPIE

Dans le cadre d'un projet national initié par le Groupe Ramsay Santé, la Clinique, depuis 2020, travaille à la mise en œuvre de la Chromothérapie à destination des patients en vue de l'élargissement de l'offre de soins aux patients et une mise à disposition des salariés dans le cadre de la Qualité de Vie au Travail.

Un Comité de Pilotage est mis en place afin d'assurer le déploiement de lunettes PSIO E-de ainsi que des boules Sensosphère E-DE et suivre l'utilisation de ces dispositifs.

Nous sommes accompagnés par E-DE, fournisseur du matériel et formateur. Plusieurs salariés ont bénéficié d'une formation à ces outils en e-learning durant l'été et d'une formation sur site en septembre 2020.

IV.3 / DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Les patients bénéficient actuellement de l'accès à une salle de sport aménagée fin 2019. Le contexte sanitaire, limitant les sorties extérieures des patients, a mis en exergue que l'environnement extérieur de la clinique n'était pas réellement adaptée à la pratique d'activités physiques. La CME souhaite donner plus de place à l'activité sportive (aménagement extérieur).

La Haute Autorité de Santé a validé la prescription d'activité physique régulière chez les patients atteints d'épisode dépressif caractérisé : programme adapté de 3 séances minimum par semaine supervisées par un APA associant endurance et renforcement musculaire.

L'activité physique entraîne des mécanismes antidépresseurs d'ordre neurobiologique, cognitif et psychosocial.

L'activité physique doit être une prescription médicale. 1 ETP APA est donc nécessaire avec remplacement pendant les vacances.

IV.4 / ATELIERS AFFIRMATION DE SOI

De nombreux patients souffrent d'une perte importante d'estime de soi qui aggrave la symptomatologie dépressive. La Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC) est reconnue scientifiquement pour améliorer l'estime de soi. Un atelier en groupe permet de renforcer les interactions sociales du patient. Un groupe hebdomadaire de 6 patients animé par une psychologue formée à la TCC permettra d'améliorer le bien-être de nos patients. Nécessité d'une psychologue formée à la TCC.

IV.5 / POST-TRAUMATIQUE

Certains psychiatres sont formés à la prise en charge des états de stress post-traumatiques (ESPT) par l'intermédiaire des thérapies EMDR, thérapie de reconsolidation et brainspotting. L'Equipe médicale souhaite également développer un atelier en groupe autour des émotions, atelier animé par une psychologue formée à la TCC.

I.1) OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Développer l'activité de rTMS en HDJ	Dr LEGAY CCS	Nombre de patient/j	10 5	10 2	10	10	10
Développer la PEC en chromothérapie.	Dr HENG CCS	Taux de patient admis	5% 0%	15%	20%	30%	40%
Aménager le parc	DIRECTION EQUIPES	Date de réalisation	2022 En cours	2023 En cours	/	/	/
Développer la réalité virtuelle	CME PSYCHOMOTRICIEN	Nombre de patients pris en charge	/	/	10	20	30

V / FILIERE « ADDICTOLOGIE »

V.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'Indre-et-Loire est un département qui est composé d'un CHRU centralisant l'offre de soins ambulatoire en addictologie via les CSAPA. En parallèle, une offre de soins existe en moyen séjour de type SSR-A. 3 centres de post cure existent :

1. Centre Louis Sevestre qui assure le sevrage et les post-cures. Il est également le seul centre avec la présence de médecins psychiatres-addictologues
2. Le centre Malvau qui assure les post cures
3. Le centre ANAS le Courbat qui assure la prise en charge addictologique des policiers et forces de l'ordre mais également des syndromes d'épuisement professionnels.

L'offre de soins en addictologie sur le département se répartit sur une modalité de soins ambulatoires ou de soins de type moyen séjour.

Il n'existe pas ou peu de structures spécialisées dans les sevrages complexes (hospitalisation de 15 à 21 jours, avec une évaluation psychopathologique à distance des produits). De même, il n'existe pas de structure permettant une alternative à la prise en charge résidentielle.

L'objectif est de pouvoir offrir en Indre-et-Loire une offre de soin complémentaire à celle déjà existante en proposant :

4. Une prise en charge intégrative des patients souffrant de troubles psychiatriques –troubles addictologiques
5. En partenariat avec les CSAPA hospitaliers, des sevrages complexes sur 2 à 3 semaines avec une évaluation de la psychopathologie à distance des consommations de produits
6. Des sevrages pour les SSR Malvau et Courbat
7. Des évaluations psychiatriques ponctuelles/hospitalisations séquentielles avec les SSR Malvau et Le Courbat.
8. Le développement d'un réseau d'adressage par les médecins généralistes pour des prises en charge addictologique de court séjour dans les mêmes indications (sevrage court, évaluation à distance des produits, proposition d'orientation post hospitalisation).

Les soins en addictologie qui pourront être proposés sont les suivants :

- a. Sevrage résidentiel d'une à deux semaines pour les patients souhaitant faire une post cure dans un établissement spécialisé en addictologie

- b. Sevrage complexe de 2 semaines à 2 mois, avec une évaluation psychopathologique à distance des produits et une évaluation des conséquences non psychiatriques de l'usage des substances.
- c. Prise en charge de troubles psychiatriques aigus chez des patients souffrant d'addictions.

L'offre de soins résidentielle se fera pour le patient à la fois sur des temps individuels :

1. Suivi psychiatrique quotidien selon des temps de sevrage et dans un second temps de prise en charge psychiatrique. De même, il pourra être avantageux de concevoir un temps d'évaluation à l'aide d'outils psychométriques.
2. Evaluation des comorbidités physiques coordonnées par le médecin généraliste de la structure
3. Evaluation des conséquences psycho-sociales avec une évaluation systématique lors du séjour lorsque le patient n'a pas d'étayage socio-éducatif sur l'extérieur.
4. Temps de médiation corporelle: bilan psychomoteur et physique (psychomotricien et enseignant APA)
5. Evaluation neuropsychologique en cas de suspicion de troubles cognitifs liés à l'usage de produits (alcool)

De même, il paraît indispensable de pouvoir proposer un soin en groupe avec notamment des séances hebdomadaires par du personnel formé en thérapie cognitive comportementale :

1. Obligatoire : psychoéducation, prévention des rechutes et gestion des situations à haut risque de rechute
2. Séance hebdomadaire obligatoire de gestion des émotions
3. Séances pluri hebdomadaire (optionnelles) de sport/ ateliers créatifs

V.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Développer la PEC en addictologie	CME	Taux de patient admis	8% 25% PSYG 4% GER 20% GLOBAL	10% 30% PSYG 2.5% GER 18.8% GLOBAL	12%	15%	18%
Inciter à la formation en TCC	RH	Nombre de psychologue formé	0 0	0 0	1	-	-

La sortie d'hospitalisation complète du patient est une décision médicale. Une continuité des soins est la plupart du temps nécessaire. Des alternatives à l'hospitalisation complète peuvent être proposées.

VI / HOSPITALISATION DE JOUR

VI.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Les propositions d'amélioration pour l'activité de l'hospitalisation de jour étaient articulées autour d'une volonté de combiner amélioration du maillage territorial en termes d'offres de soins de base avec la création de dispositifs innovants intersectoriels (liens avec le médico-social, rééducation psychosocial...)

Il était proposé de mener une réflexion sur l'affinant des prises en charge suivantes :

- Patients justifiant d'une prise en charge thérapeutique, permettant le maintien de la stabilisation sur plusieurs années, au sortir ou dans l'intervalle d'hospitalisations complètes.
- Patients ayant besoin d'un étayage d'un à deux ans, le temps de la mise en place d'un projet professionnel ou en attente d'une entrée en institution.
- Patients ayant besoin d'un accueil rapide pour quelques semaines.

La volonté était également de développer les partenariats du fait que l'hospitalisation de jour, de plus en plus séquentielle, implique des liens resserrés avec de nombreux partenaires.

Une réflexion était en cours pour intégrer un art-thérapeute : c'est chose faite depuis 2020.

VI.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'hospitalisation de jour (HDJ) est une structure de 30 places de psychiatrie adulte : 22 en psychiatrie générale et 8 en gériopsychiatrie.

La demande d'admission (avec le courrier médical) est adressée et validée par le médecin coordonnateur. L'admission est ensuite discutée avec l'équipe soignante en fonction de la disponibilité des places. Il existe actuellement deux médecins coordonnateurs, l'un pour la gériopsychiatrie et l'autre pour la psychiatrie générale.

L'équipe soignante comprend des infirmières, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeute, art-thérapeute, professeur de yoga et une responsable d'unité de soins. Les patients peuvent être accueillis en demi-journée ou en journée complète avec le repas sur place. Toutes les pathologies psychiatriques sont accueillies avec ou sans comorbidité addictive. L'hôpital de jour a pour objectif de servir de tremplin pour certains patients avec un retour à une activité à la vie extérieure, notamment professionnelle et sociale mais il permet également d'accompagner des patients avec pathologies chroniques ou non stabilisées leur offrant un étayage contenant et le maintien de leurs interactions sociales.

La clinique souhaite poursuivre le développement d'un partenariat avec d'autres structures, notamment Agevie ou autres associations.

Lors de son séjour, le patient suit un parcours de soins sous la forme d'un chemin clinique individualisé qui définit le type de prise en charge et le temps de présence en HDJ. Le patient intègre alors une session de soins avec un contrat de soins. Le chemin clinique est une prescription médicale. Il est donc réalisé en équipe, mené par le médecin-coordonateur. Le chemin clinique pourra être réévalué et être interrompu par le médecin coordonnateur.

Les équipes d'HDJ propose plusieurs ateliers thérapeutiques :

- ateliers créatifs : origami, poterie, jardinage, calligraphie, quilling et mosaïque, tissus et fil...
- ateliers autonomie
- ateliers relaxation/sophrologie/toucher massage
- ateliers sport : gym douce, yoga thérapeutique, Qi gong, stretching, marche nordique, circuit training et réveils musculaires, piscine.
- ateliers médiation : équithérapie, cuisine thérapeutique, sorties thérapeutiques, danse thérapeutique, corps et expression
- atelier expression : théâtre, groupe de parole, art-thérapie, écriture, expression de soi et chant.
- atelier ergothérapie
- atelier cognition : équilibre et prévention des chutes
- addiction tabac
- rTMS : des patients adressés par des psychiatres libéraux sont accueillis pour bénéficier de séances RTMS.

L'hôpital de jour prenant en charge des patients par essence fragile et ayant pour vocation d'être un lieu de soins contenant et bienveillant doit pouvoir proposer à un patient en demande des temps d'entretien individuel soignant suivant la nécessité.

La possibilité d'entretien individuel avec un(e) psychologue doit rester possible, de même que l'intervention d'un(e) assistant(e) social(e).

Les médecins restent décideurs des priorisations à effectuer en fonction de l'état du patient, par exemple de la nécessité d'un entretien médical lors d'un atelier en respectant au mieux le travail effectué par l'équipe.

Tous ces ateliers sont animés par une équipe formée et impliquée dans le travail mais qui nécessite une mise à jour régulière de leurs connaissances et pratiques.

L'équipe a pour souhait de développer des ateliers d'éducation thérapeutique qui nécessitera une formation spécifique et adaptée des professionnels.

Une réunion de synthèse a lieu de manière hebdomadaire mais celle-ci devra être redéfinie afin que l'ensemble des professionnels puissent y participer.

L'équipe médicale souhaite une augmentation de la capacité de places de l'HDJ afin de répondre à une demande croissante de patients ce qui entrainera un temps supplémentaire de médecin coordonnateur.

VI.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique	CSS RUS HDJ	Nombre d'atelier réalisé	1 1	1 >1	1	1	1
Développer des partenariats avec d'autres structures ou associations	CCS DIRECTION	Nombre de partenariat effectif	1 0	2 2	-	-	-

VII / HOSPITALISATION DE NUIT

VII.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Les objectifs identifiés étaient de :

- Communiquer vers les partenaires de ville et de structure (flyer, EPU...)
- Rencontrer les partenaires : médecin de santé universitaire, médecin du travail SNCF, les structures d'hospitalisation...
- Formaliser des partenariats

La communication a été faite et doit être renouvelée.

VII.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'hôpital de nuit joue un rôle essentiel de tremplin permettant aux patients, après un séjour en hospitalisation complète, de faire un retour progressif à la vie professionnelle et sociale. Le délai de séjour des patients en hospitalisation complète peut être ainsi écourté tout en leur gardant le lien thérapeutique avec la structure de soins, le médecin psychiatre et l'équipe soignante.

Il peut jouer également un rôle d'antichambre pour une admission en hospitalisation complète pour des patients envoyés par des confrères en ville en attendant une place disponible.

Il peut également recevoir des patients dont la situation professionnelle ou socio familiale ne leur permet pas d'être hospitalisés à temps complet mais qui ont besoin de structure de soins et de soutien psychologique.

La demande d'admission est adressée au médecin coordonnateur, examinée et validée par ce dernier.

Tous les médecins psychiatres de la clinique interviennent à chacun leur tour, avec chacun un jour fixe du lundi au vendredi, chaque patient devant être reçu au moins une fois par semaine par un psychiatre. Il peut être remplacé par un confrère en cas d'absence. Ils sont secondés par une psychologue et une infirmière ou une aide-soignante.

Une réunion de synthèse est réalisée chaque semaine avec le médecin coordonnateur, la psychologue et l'infirmière ou l'aide-soignante.

Les patients sont vus en entretien individuel par le médecin psychiatre et la psychologue.

Un atelier tisane permet de créer un espace d'échange entre patients entre eux et entre patients et soignants.

Un projet de groupe de parole n'a pas pu se mettre en place à cause de l'hétérogénéité de pathologie des patients.

La sortie d'hospitalisation de nuit reste une décision médicale. Un accord entre le médecin référent et le médecin coordonnateur est primordial afin d'assurer la continuité de la prise en charge en externe.

VII.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Renouveler la communication avec les partenaires	DIRECTION	Nombre de communication annuelle	1 1	1 0	1	1	1
Développer des ateliers en HDN	EQUIPE MEDICALE CCS	Nombre d'atelier mis en place	1 4	2 4	2	2	2

VIII / LA REFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

VIII.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La mise en place de la réforme a été reportée à janvier 2022. Cette réforme s'inscrit dans une volonté de converger à une tarification à l'activité.

Une réforme qui inclut deux modes de rémunération :

- Une dotation populationnelle : 80%
- Une dotation à l'activité : 15%

Ces données peuvent évoluer d'ici 2022.

VIII.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Anticiper le devenir des patients	EQUIPE MEDICALE DIRECTION	DMH	< 35j 38.77j (06/23)	< 35j 33.69j (06/23)	< 35j	< 35j	< 35j

IX / DEVELOPPEMENT DU RESEAU MEDICAL

IX.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La problématique des urgences psychiatriques est soulignée par la CME avec actuellement moins de patients adressés à la clinique par les urgences. Le Dr LEGAY évoque la nécessité de rencontrer rapidement l'équipe des urgences.

Les Dr AL KASSAR et EL AYOUBI vont prochainement rencontrer un nouveau psychiatre des urgences.

En septembre, une EPU est proposée par le Dr LEGAY afin de développer les liens avec les psychiatres libéraux, hospitaliers, médecins généralistes et partenaires. La mise en place de la RTMS en HDJ pourrait être le premier thème.

Afin d'améliorer notre communication, le site internet de la Clinique doit être mis à jour. Un formulaire pour les médecins qui souhaitent admettre des patients pourrait être disponible en ligne.

Il sera également envisagé d'effectuer un article en collaboration avec le service presse groupe.

Les équipes du CHU d'Angers et Poitiers pourront également être rencontrées.

IX.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Réaliser des EPU	EQUIPE MEDICALE DIRECTION	Nombre d'EPU /an	3 0	3 0	3	3	3

X.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Les troubles psychiques émergent fréquemment à l'âge du jeune adulte, souvent avant 25 ans. Une détection et une intervention précoces ont un impact positif sur l'évolution des troubles et la qualité de vie.

Il y a un intérêt de ne pas s'enfermer dans un diagnostic catégorique mais prise en charge davantage de symptômes clés. Il s'agit en effet d'adulte en devenir dont le diagnostic n'est pas forcément précis à cet âge et l'idée est d'éviter la stigmatisation d'un jeune qui s'accroche à son diagnostic. Les troubles psychiques ont une haute prévalence dans la population générale, avec une apparition fréquente chez l'adolescent ou le jeune adulte. Peut-être encore plus de nos jours, le jeune adulte fait partie d'une population vulnérable, pour des raisons biologiques, psychologiques et sociales.

La période covid a par ailleurs fait révéler et aggraver de nombreux troubles psychiatriques chez ces jeunes. Il est estimé que presque la moitié des individus souffriront d'un trouble psychique avant l'âge de 21 ans. En ce qui concerne les troubles psychiques graves, plus des 3/4 se manifesteront avant l'âge de 25 ans.

Au sein de la Clinique la Ronsard s'est donc présenté le besoin d'organiser une prise en charge spécifique :

- Nécessité de rapidement mobiliser ces jeunes adultes avec une prise en charge précoce pour éviter une forme « d'installation » au sein de la clinique et développer un cocon dont il est difficile de s'extraire.
- Durée de soins envisagée fixée au départ avec réévaluation
- Prise en charge pluridisciplinaire de groupe et individuelle: définie par le chemin clinique. Chemin clinique validé par le médecin et signé par le patient.
- Organisation des soins en fonction des symptômes principaux mis en évidence : conduites autoagressives et idées suicidaires, phobies, anxiété
- Activité sportive : limitation clinophilie, travail image du corps, gestion de l'anxiété / Sport obligatoire 2 fois par semaine
- Psychomotricien : relation au corps, travail sur la dissociation, gestion de l'anxiété
- Éducatrice spécialisée : mobilisation des ressources pour engager des projets sur extérieur, accompagnements possibles dans les démarches : réseau, mission locale..
- Articulation du projet professionnel : éducatrice/ AS
- Affirmation de soi : intérêt travail en groupe, exemple théâtre, écriture, photolangage : intérêt de groupes qui puissent rester ouverts afin de ne pas retarder prise en charge
- Travail plus spécifique sur les phobies, intérêt réalité virtuelle
- Limiter prise médicamenteuse systématique, développer psychologue, IDE, méthodes alternatives : entretiens ++ relaxation, méditation...
- Participation de 2 à 3 ateliers thérapeutiques par semaine (individuel et collectif)
- Evaluation en synthèse de la démarche de soins du patient et de la poursuite de la prise en charge

Un groupe de travail a été mis en place à partir d'Octobre 2022 comprenant un médecin, la direction, l'encadrement des soins, une animatrice, une psychologue, un psychomotricien, un IDE jour et un de nuit et deux AS.

Un poste d'éducateur spécialisé a été créé, une éducatrice spécialisée a donc rejoint les effectifs à partir de Novembre 2022. Elle intervient en hospitalisation complète ainsi qu'en hospitalisation de jour.

X.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Poursuivre le groupe de travail sur les jeunes adultes jusqu'à mise en routine et rédaction d'une procédure d'organisation	EQUIPE MEDICALE DIRECTION	Date de diffusion de la procédure	/	Mai 2023	/	/	/

XI / DEVELOPPEMENT D'UNE EQUIPE MOBILE

XI.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

En 2023, tous les établissements sanitaires doivent renouveler leurs autorisations.

En psychiatrie voici ce qui change :

- Une autorisation qui s'inscrit dans une logique de parcours.
- Une autorisation unique regroupant les trois formes de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire sur site ou par convention)
- Deux nouvelles mentions : psychiatrie périnatale et soins sans consentement
- Une clarification : Les 16/18 ans relèvent de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- L'introduction de conditions techniques de fonctionnement pour l'activité de psychiatrie, avec des spécificités prévues selon les mentions : l'activité d'électro-convulsivothérapie (ECT) ...
- Une obligation de convention avec les établissements de psychiatrie de secteur pour les établissements privés non sectorisés

Dans ce cadre, l'établissement doit réfléchir à l'éventualité de la mise en place d'une prise en charge ambulatoire sur site.

XI.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Favoriser un maintien à domicile	Dr COLLART	Nombre de patients suivis	/	/	A définir	A définir	A définir
Favoriser une réduction des hospitalisations	Dr COLLART DIRECTION	DMS et DMH	/	/	Diminution vs n-1	Diminution vs n-1	Diminution vs n-1

PROJET DE SOIN

Le projet de soins doit s'articuler au sein du projet d'établissement, notamment avec les volets du projet médical et du projet Qualité Gestion des risques, en y associant l'ensemble des professionnels.

Notre ambition est de faire tendre les compétences individuelles et collectives vers l'appropriation d'une culture qualité commune dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité des soins (améliorer et sécuriser), en cohérence avec les objectifs de la certification V2020.

Pour se faire, il est donc indispensable de remettre le patient au centre du dispositif de soins afin de redonner du sens et de la lisibilité sur son parcours, en travaillant autour d'une sécurisation de celui-ci par une meilleure coopération de l'ensemble des professionnels et partenaires en santé du territoire.

Ce projet de soins a été construit en partenariat avec les Responsables d'Unité de Soins, les référents, les équipes soignantes, paramédicales et hôtelières.

I / LE PATIENT : INFORMATION ET IMPLICATION

I.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Dans le précédent projet, la fiche action 1 consistait à formaliser les parcours de soin patient. Les actions suivantes avaient notamment été définies :

- Proposer des prises en charge efficaces aux usagers de la clinique
- Rendre le patient plus acteur dans sa prise en charge
- Dynamiser une culture du partage pour donner plus de sens et de cohésion dans les prises en charge au sein de la clinique.

L'hospitalisation de nuit était sous exploitée dans un réel parcours de soins. L'absence de véritable synthèse en hospitalisation de nuit, génère une absence d'efficacité des prises en charge. Un grand nombre de patients restaient passifs dans leurs prises en charge.

I.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Le rôle du patient comme acteur de sa prise en charge est reconnu afin d'en améliorer la qualité et l'efficacité et de réduire les effets indésirables liés à une non-adhésion à son projet de soins. Ce projet nécessite la participation, la compréhension, l'adhésion du patient pour formaliser la proposition et les objectifs de prise en charge en accord avec lui. Il est un fil conducteur décliné tout au long de la prise en charge du patient. Il constitue une condition transversale de qualité, une condition d'observance, et doit faire l'objet d'un suivi et d'un ajustement en collaboration avec le patient. Le consentement doit être libre (absence de contrainte) et éclairé (précédé par une information claire et adaptée).

Aujourd'hui le patient bénéficie d'information sur sa prise en charge dès son entretien de pré-admission (téléphonique ou physique). Son consentement à l'hospitalisation est impératif compte tenu du type de prise en charge proposée (hospitalisation libre), son consentement est ensuite systématiquement recherché et respecté (désignation de la personne de confiance, prise en charge par les étudiants, prise de photo, dépistage VIH, administration de traitement, projet de soin, non divulgation de présence...), ainsi que son engagement dans le soin.

Un projet de soins (Chemin clinique) est défini au début du séjour du patient et signé par le médecin et le patient. Cet outil autrefois porteur du projet de prise en charge, a perdu de son sens compte tenu de l'utilisation qui en est faite aujourd'hui. Il existe une forte volonté de redonner une pertinence à l'outil pour formaliser un réel projet de soin personnalisé dans lequel le patient est pleinement impliqué et qui est susceptible d'évoluer au fur et à mesure du séjour, dans le cadre d'une réflexion pluridisciplinaire en synthèse.

Le patient reçoit également des messages de santé publique tout au long de son séjour grâce aux entretiens médicaux (médecin généraliste ou gériatre), aux affichages réguliers (Santé mentale, nutrition, dépistage...) et aux nombreux flyers mis à disposition dans les différents lieux de la clinique et dans les bureaux médicaux, et à des actions de santé publique menées au sein de l'établissement (Journée sans tabac, Hygiène des mains...).

Les directives anticipées font également l'objet d'une information dans le livret d'accueil et un formulaire est remis à l'admission. Des flyers d'information sont à disposition. La connaissance des soignants sur la thématique reste toutefois à améliorer.

Le patient est également informé sur l'existence des représentants des usagers et leurs coordonnées notamment au travers du livret d'accueil et de l'affichage.

Cette organisation est applicable aussi bien à l'hospitalisation complète, qu'à l'hospitalisation de jour et de nuit.

I.1 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Améliorer l'information donnée au patient à l'entrée : cohérence, compréhension, pertinence. Notamment par la refonte des documents, la création d'un affichage en chambre et la relance de la réunion des entrants.	REFERENT DROITS DES USAGERS RUS HC RUS HDJ CCS	Taux de satisfaction global, items questionnaire de satisfaction sur l'information	80% 93.7%	90% HC : 91.5% HDJ : 96.1% HDN : 92.3%	90%	90%	90%
Sensibiliser les soignants aux directives anticipées	REFERENT DROITS DES USAGERS	Taux de bonne réponse à un questionnaire de connaissance	/	70% /	80%	90%	90%
Repenser la définition du projet personnalisé et sa communication	REFERENT DROITS DES USAGERS RUS HC RUS HDJ CCS	Taux de patient bénéficiant d'un projet de soin personnalisé sous sa nouvelle forme (audit mensuel)	/	80% 100% en HDJ/HDN 0% en HC	90%	95%	100%

II / LE PATIENT : LE RESPECT DE SA PERSONNE

II.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Dans le précédent projet, la fiche action 3 consistait à promouvoir la bientraitance et le respect des règles d'éthique. Les actions suivantes avaient été définies :

- Consacrer une réunion soignante ayant pour sujet « éthique et bientraitance » avec diffusion des travaux effectués par le référent une fois par trimestre: cette action n'a pas été maintenue, mais la thématique est travaillée en comité droits des usagers (ancien comité bientraitance). Des sensibilisations peuvent être réalisées en réunion « soignants » en fonction des problématiques identifiées.
- Solliciter les soignants pour participer aux réunions de réflexions éthiques : le comité éthique se réunit 4 fois par an et il est ouvert à tous. De nombreux soignants et professionnels participent à ce comité.
- Déploiement du schéma directeur des locaux, dans le cadre du projet d'extension : La construction de l'extension a tenu compte des contraintes liées au respect de l'intimité des personnes (ouverture de 18 chambres individuelles), deux chambres doubles ont été transformées en chambres individuelles sur l'ancien bâtiment.

II.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'établissement met en place des mesures qui visent à garantir, en toute circonstance, le respect de l'intimité et de la dignité du patient, particulièrement dans les situations des chambres à plusieurs lits, d'attente dans les couloirs, de contention, etc. Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de gestes, propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels. Les professionnels y sont particulièrement attentifs notamment quand le patient vit avec un handicap, ou s'il s'agit d'une personne âgée vulnérable.

Intimité/dignité : L'établissement propose une majorité de chambre individuelle. L'aménagement est adapté dans les chambres doubles de gérontopsychiatrie: mur séparatif. Une veille est réalisée sur la thématique grâce au suivi des plaintes et réclamations, des questionnaires de satisfaction, des FEI, ainsi que des évaluations type patient traceur. Toute dérive fait l'objet d'une investigation et d'éventuels rappels de bonnes pratiques.

Bienveillance/prévention de la maltraitance : L'établissement veille à la promotion de la bienveillance et à la prévention de la maltraitance, de toute forme, y compris ordinaire et institutionnelle. Le comité Droits des Usagers travaille sur ces thématiques et propose des actions en lien. Une charte de la bienveillance est définie, et une procédure d'identification et signalement des signes de maltraitance est diffusée.

Handicap / accessibilité : Les locaux, les chambres et les espaces collectifs sont accessibles à toute personne vivant avec un handicap. L'autonomie des personnes âgées et des personnes à mobilité réduite est favorisée avec la médicalisation des chambres et des salles de bain. L'établissement est doté de kinésithérapeutes libéraux, de psychomotriciens, d'une ergothérapeute ainsi que d'un enseignant APA pour stimuler l'autonomie.

Contention : L'établissement n'a pas recours à l'isolement. Le seul recours exceptionnel à la contention est réalisé en gérontopsychiatrie. La mise en place d'une contention physique ne se fait que sur prescription médicale et que dans le cadre d'un risque de chute, réévalué toutes les 24h et à l'aide de moyens adaptés. La personne de confiance ou à défaut la famille doit en être informée, ce qui n'est pas forcément le cas aujourd'hui.

Aide aux besoins élémentaires, même en situation de tension : La continuité des soins est assurée à chaque instant. La présence d'aides-soignantes sur les services de gérontopsychiatrie et de psychiatrie générale permet d'assurer la garantie de l'aide aux besoins élémentaires.

Douleur / fin de vie : Un référent douleur est désigné au sein de la Clinique. Le CLUD est le comité dédié à la thématique et se réunit 4 fois par an. Les patients bénéficient d'une évaluation de la douleur à l'entrée (EVN) tracée dans le dossier, des moyens de soulager leur douleur leur sont proposés : médicaments, poches chaud/froid, relaxation... D'autres moyens sont en cours de mise en place : rTms, Chromothérapie... Les patients peuvent également être orientés vers une consultation douleur au CHRU.

En cas d'identification d'une situation de fin de vie, dans l'attente d'un transfert vers une unité adaptée, l'intervention de l'unité mobile de soins palliatifs est sollicitée. Un protocole définit la prise en charge dans ce cas de figure.

L'ensemble de ces thématiques est travaillé dans le cadre du comité « Droits des usagers ».

II.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Informer la personne de confiance ou à défaut la famille lors de la mise en place d'une contention (à tracer dans le dossier)	RUS HC REFERENT DROITS DES USAGERS	Taux de dossier de patient sous contention pour lesquels on retrouve une trace de l'information de la personne de confiance	80% 100%	90% NA	100%	100%	100%

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Améliorer la traçabilité de la réévaluation de la douleur dans le dossier patient	REFERENT DOULEUR	Taux de réévaluation retrouvée dans le dossier si EVN≥4 (audit mensuel)	80% HC 67% HDJ/HDN 17%	90% HC 100% HDJ/HDN 58%	90%	100%	100%
		Taux de réévaluation retrouvée dans le dossier si EVN≥4 (IQSS)	80% 14%	90% 100%	90%	100%	100%
Développer les moyens non médicamenteux de soulager la douleur	REFERENT DOULEUR	Nombre de nouveaux moyens mis en place depuis 2021	1 1	2 2	3	3	3
Former/sensibiliser les professionnels à la thématique de la bientraitance et de la maltraitance y compris ordinaire	RUS HC REFERENT DROITS DES USAGERS	Taux de professionnels formés	30% 0%	40% 11%	50%	60%	60%

III / LE PATIENT : SES PROCHES

III.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Dès l'accueil et tout au long de la prise en charge, sauf refus exprimé par le patient, la participation des proches et/ou aidants à l'élaboration du projet de soins est recherchée par les équipes, particulièrement dans les situations difficiles et pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de dépendance. Le partage de leur connaissance du patient avec l'équipe soignante permet une meilleure adaptation de la prise en charge. La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite. L'organisation de groupes de paroles pour les aidants (informations sur les pathologies, vécu patients/aidants) en HDJ serait une piste de travail future quand la situation sanitaire le permettra, avec toujours le même projet de collaboration en perspective.

L'établissement dispose d'un salon des familles à l'entrée de la Clinique, qui permet à celles -ci de disposer d'un endroit plus intime.

III.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Maintenir l'implication des proches tout au long du séjour du patient	RUS HC RUS HDJ CCS	Taux de satisfaction globale du questionnaire de satisfaction d'HC (implication des proches)	75% 85.4%	80% 88.1%	80%	85%	90%
		Taux de réponse positive du critère 1.3-01 du patient traceur*	75% 100%	80% 100%	80%	85%	90%

* critère 1.3-01 « Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en oeuvre du projet de soins »

IV / LE PATIENT : CONDITIONS DE VIE ET LIEN SOCIAL

IV.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Pour le patient dont l'état de santé le nécessite, le projet de soins intègre des soins de réhabilitation psychosociale pour favoriser son inclusion sociale, l'autonomisation de la personne et sa qualité de vie (accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité, aux services publics, aux activités culturelles et sportives, connaissance des groupes d'entraide mutuelle ...).

- Accompagnement des patients en précarité sociale avec la présence d'une Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF).
- Prise en compte du handicap dans le projet de soins (embauche d'un enseignant APA, présence de psychomotriciens, ergothérapeute). Matériel et locaux adaptés aux différents handicaps.
- Travail sur l'inclusion sociale (Sortie thérapeutique, CESF, visite à domicile, HDN)
- Prise en compte des conditions de vie habituelles pour la sortie (VAD, mises en place d'aides, relais HDJ et HDN)

IV.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIE

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Repenser la définition du projet de soin personnalisé et sa communication	REFERENT DROITS DES USAGERS RUS HC RUS HDJ CCS	Taux de patient bénéficiant d'un projet de soin personnalisé sous sa nouvelle forme (audit mensuel)	/	80% 100% en HDJ/HDN 0% en HC	90%	95%	100%
Veiller à maintenir le lien social des patients	CESF	Taux de satisfaction globale du questionnaire de satisfaction (Reprise de la vie sociale)	75% 85.7% HC 79.8% HDJ	80% 82.4% HC 85.4% HDJ 91.7 HDN	80%	85%	90%

V / LES EQUIPES DE SOINS : PERTINENCE DES SOINS

V.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Dans le précédent projet, la fiche action n°1 évoquait que :

- L'hospitalisation de nuit était sous exploitée dans un réel parcours de soins.
- La sous-utilisation des dossiers de préadmission pour les alternatives entraînait une fragilité de la cohésion de prise en charge et du sens pour les équipes de soins
- L'absence de véritable synthèse en hospitalisation de nuit, générait une absence d'efficacité des prises en charge.
- La pertinence des soins est parfois un questionnement pour les équipes face :
 - o aux nombreuses PMS (Prescriptions Médicales de Sortie) de journée
 - o nouvelles ré hospitalisations rapidement après sortie
 - o durée de séjour en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour (> 45J en HC)
- Un grand nombre de patient restait passif dans leurs prises en charge.

Les actions d'amélioration définies étaient de :

- Présenter les alternatives à l'hospitalisation complète lors de la réunion des entrants : cela a été mis en place. Cependant la réunion des entrants sous sa forme initiale a été supprimée durant la période COVID. Elle a été revue et remise en place fin Janvier 2022 à la demande des patients.
- Systématiser les feuilles de préadmission sur l'ensemble des secteurs : les feuilles de préadmission sont en place sur tous les secteurs.
- Etre dans une dynamique de parcours de soins coordonné en fixant la date de sortie au moment de l'admission et réajuster lors des synthèses hebdomadaires : à ce jour la date de sortie n'est pas définie par le médecin au moment de l'admission. Toutefois la sortie est anticipée en gériopsychiatrie, notamment pour organiser la suite de la prise en charge.
- Réévaluer la pertinence de l'hospitalisation lors des synthèses hebdomadaires. C'est désormais réalisé.
- Systématiser les synthèses pour l'hôpital de nuit : celles-ci ont lieu désormais chaque semaine.
- Revisiter avec les patients leurs devenirs de prise en charge lors de la réunion des sortants : La réunion des sortants a été supprimée en 2019. Elle a été remplacée par un flyer individuel de sortie distribué à chaque patient avec le questionnaire de satisfaction quand la date de sortie est définie.
- Rendre le patient plus acteur dans sa prise en charge grâce à une participation active à la mise en œuvre de son chemin clinique : cet aspect reste à améliorer.

V.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La pertinence (la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient) est une dimension essentielle de la qualité des soins et un enjeu majeur pour la sécurité du patient. Toute intervention en santé comporte des risques qui doivent être mis en balance, indépendamment du coût, avec les bénéfices ou résultats attendus de l'intervention. Les décisions majeures concernant la prise en charge du patient doivent bénéficier d'un processus garantissant une pertinence optimale en prenant en compte le point de vue du patient.

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée de manière pluridisciplinaire lors des synthèses hebdomadaires. Les éventuelles mesures restrictives sont argumentées (contacts, visites, objets) et réévaluées.

En hospitalisation complète, le patient peut émettre ses objectifs au médecin qu'il proposera en synthèse. Cet aspect peut être amélioré. En HDJ, le patient fixe ses objectifs de soins avant le début des sessions et ils sont pris en compte lors de la préparation de chaque nouvelle session.

En ce qui concerne l'organisation de la sortie : l'anticipation de la sortie dès l'admission est un sujet qui doit être travaillé, notamment dans le cadre de la réforme tarifaire de psychiatrie qui va entraîner une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation.

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Réaliser des patients traceurs en impliquant les équipes	RAQ	Nombre de patient traceur/an	4 4	9 7	9	9	9
Réduire la DMH des patients	CCS	DMH	< 35 Chiffre non disponible	< 30 33.69	< 30	< 30	< 30
Définir une durée prévisionnelle de séjour pour chaque hospitalisation aussi bien en HC qu'en HDJ/HDN	CCS RUS	Audit de dossier : Durée prévisionnelle renseignée HC	70% 92%	80% 98%	90%	100%	100%
		Audit de dossier : Durée prévisionnelle renseignée HDJ/HDN	70% 22%	80% 41%	90%	100%	100%
Repenser la définition du projet de soin personnalisé et sa communication	REFERENT DROITS DES USAGERS RUS HC RUS HDJ CCS	Taux de patient bénéficiant d'un projet de soin personnalisé sous sa nouvelle forme (audit mensuel)	/	80% 100% en HDJ/HDN 0% en HC	90%	95%	100%
Former les soignants à l'utilisation du projet de soin	REFERENT DROITS DES USAGERS	Taux de professionnels formés	50% 20%	100% 20%	100%	100%	100%
Former les professionnels concernés aux spécificités des pathologies psychiatriques	DIRECTION	Taux de professionnels formés	70% 45.61%	80% 45%	90%	100%	100%

VI / LES EQUIPES DE SOINS : COORDINATION PLURIPROFESSIONNELLE ET PLURIDISCIPLINAIRE

VI.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Dans le précédent projet, la fiche action n°2 évoquait l'efficacité des prises en charge par un travail pluridisciplinaire. L'objectif étant de favoriser la collaboration des différents partenaires intervenants au sein de la clinique dans une dynamique de qualité et de sécurité des soins au juste coût.

Les actions suivantes avaient été définies :

- Amener une complémentarité et une cohésion des acteurs de soin de la clinique dans les prises en charge des patients
- Etablir un parcours de soins cohérent pluridisciplinaire
- Favoriser les échanges autour des pathologies entre équipe médicale et équipe soignante
- Favoriser la complémentarité équipe médicale / équipe soignante

Les temps de synthèses ont ainsi été augmentés de 45 min à 1 heure. Des soirées thématiques sur les pathologies devaient être mises en œuvre mais les médecins n'ont pas adhéré au projet à l'époque. Une meilleure coordination avec

les médecins généralistes était prévue, mais n'a pas réellement aboutie. Au niveau de l'HDJ deux demi-journées de fermeture avant le commencement d'une nouvelle session sont planifiées dans le but d'organiser le parcours de soin individualisé de chaque patient.

VI.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La coordination est essentielle pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit d'une part d'assurer l'articulation des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, qu'il s'agisse des professionnels médicaux ou plus globalement de professionnels de santé et d'accompagnement.

D'autre part, il s'agit d'assurer les échanges d'information qui permettent que chaque professionnel intervenant pour le patient soit destinataire de l'ensemble des informations utiles à sa mission, en préservant la confidentialité des données personnelles. Pour finir, ces enjeux de coordination sont tout aussi essentiels dans le cadre du parcours intra-hospitalier du patient que dans les interfaces de celui-ci avec le parcours de santé et de vie du patient.

La clinique Ronsard propose une offre de soins diversifiée de par ses autorisations. Elle a une équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Cette diversité de professionnels est un atout essentiel dans la prise en charge globale des usagers et de leur entourage.

Depuis le précédent projet, l'équipe s'est diversifiée avec l'augmentation du nombre de psychomotriciens et l'augmentation du temps de travail de l'ergothérapeute. Nous avons aussi recruté une animatrice et un enseignant APA.

La coordination des soins au sein de la Clinique est assurée grâce :

- Aux pré-admissions qui font l'objet d'échanges, en fonction des cas, avec le médecin/service adresseur, le patient/la famille et le médecin psychiatre référent ainsi que l'encadrement des soins.
- A la complétude du dossier patient : récupération des éléments d'amont, traçabilité en cours de séjour, liaison au DMP, documents de sortie...
- Aux temps de transmissions entre équipes soignantes
- Aux 5 temps de synthèse d'une durée d'une heure pour les 5 psychiatres en hospitalisation complète chaque semaine, ainsi qu'aux 2 temps de synthèse hebdomadaire en HDJ et à la synthèse hebdomadaire en HDN.
- A la mise en œuvre du projet de soin coordonné qui n'est toutefois pas satisfaisant dans sa forme actuelle et nécessite d'être repensé.
- A l'examen somatique systématiquement réalisé en hospitalisation complète par le médecin généraliste ou le gériatre et réitéré selon les besoins.
- A l'intégration de l'équipe ASH, depuis le départ de la responsable hôtelière, à l'équipe de soins et à la réunion de service hebdomadaire.
- Au recours aux réseaux d'expertise au besoin, notamment dans le cas de l'identification d'une situation de fin de vie (équipe mobile du réseau palliatif)
- Aux partenariats développés depuis 2019 avec le Centre ANAS Le Courbat qui assure la prise en charge addictologique des patients mais également des syndromes d'épuisement professionnels et depuis 2021 avec le Centre MALVAU qui assure les post cures.
- A la mise en place d'un financement obtenu après un appel à projet auprès de l'ARS dans le cadre de la démarche LSST (Lieu de Santé Sans Tabac) qui nous a permis de faire intervenir une neuropsychologue pour la mise en place de la Réalité Virtuelle et de former le personnel soignant à l'intervention brève en tabacologie (formation assurée par le RESPADD).
- A la mise en place de référent tabaco (1 IDE en HDJ et 1 enseignant APA en HC) dans le cadre de la démarche LSST avec la mise en place de journées sans tabac et l'accompagnement dans le sevrage des patients identifiés comme fumeurs.
- Au développement de nouveaux dispositifs régionaux tel que le dispositif Vigilans créé en Octobre 2021 par le CHRU de Tours.

Vigilans est un dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. S'appuyant sur les structures de soins existantes dans la région, Vigilans se propose d'en améliorer la coordination et d'aider à tisser un véritable réseau autour des personnes en crise suicidaire.

VI.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible					
			2022	2023	2024	2025	2026	
Mettre en place un temps de transmission systématique avec les médecins généralistes	MEDECIN GENERALISTE	/	/	/	/	/	/	/
Repenser la définition du projet personnalisé et sa communication	REFERENT DROITS DES USAGERS RUS HC RUS HDJ CCS	Taux de patient bénéficiant d'un projet de soin personnalisé sous sa nouvelle forme (audit mensuel)	/	80% 100% en HDJ/H DN 0% en HC	90%	95%	100%	
Favoriser les formations sur les pathologies psychiatriques pour l'équipe ASH	DIRECTION	Taux d'ASH formées	25% 45%	50% 50%	75%	100%	100%	
Assurer l'inclusion des patients suicidant dans le dispositif VIGILANS	CCS RUS	Taux de FEI de TS indiquant une association au dispositif lorsque le patient n'a pas été transféré	25% NA	50% NA	75%	100%	100%	
Développer la prise en charge en addictologie	MEDECIN ADDICTOLOGUE	Taux de patient admis	8% 25% PSYG 4% GER 20% GLOBAL	10% 30% PSYG 2.5% GER 18.8% GLOBAL	12%	15%	18%	
Poursuivre le développement de la démarche LSST	REFERENTS TABACO	Audit RESPADD	Bronze bronze	Argent bronze	argent	argent	or	
Former le personnel soignant en tabaco	DIRECTION	Nombre de personnes formées	10 28	20 28	30	40	50	

VII / LES EQUIPES DE SOINS : EVALUATION DES PRATIQUES

VII.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'objectif principal de la prise en charge d'un patient est d'améliorer sa santé. Les interventions en santé doivent avoir un effet bénéfique sur la santé du patient, il s'agit du fondement de l'activité médico-soignante.

Les démarches qualité doivent être fondées sur cet objectif, de manière à s'intégrer dans la pratique professionnelle et à avoir du sens pour les équipes de soins. S'intéresser au résultat pour le patient, c'est se recentrer sur le cœur de métier des professionnels de santé. Les équipes doivent se mobiliser autour d'actions fondées sur l'amélioration du résultat pour le patient et il est pour cela essentiel de mesurer l'impact des pratiques mises en œuvre.

Cet impact peut s'analyser au travers des résultats cliniques pour le patient, la satisfaction du patient quant à ce résultat mais aussi à son expérience de prise en charge, et de l'analyse des événements indésirables. Cette analyse doit être réalisée par les professionnels impliqués et viser la mise en place d'actions correctrices si besoin. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont également à mobiliser dans cette optique. L'enjeu est ici d'apprécier la mise en œuvre par les équipes de cette analyse et non le niveau de résultat observé.

L'analyse des résultats permet d'évaluer l'efficacité des modes de prise en charge, des prescriptions, etc. Elle objective les démarches d'amélioration de la pertinence (a-t-on fait les bons choix ?) et/ou de la qualité des prises en charge (a-t-on bien réalisé les soins ?). L'équipe peut présenter une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles). Elle peut le faire via une mesure par les professionnels ou une mesure directe auprès des patients.

A ce jour, les FEI sont analysées en revue des FEI et chaque FEI fait l'objet d'une réponse.

Les résultats de questionnaires de satisfaction sont analysés en réunion COQ auxquelles sont conviées des soignants et des ASH. Des patients traceurs ont été réalisés, toujours en présence d'une équipe pluridisciplinaire et font l'objet de communication.

Enfin, la majeure partie des démarches EPP de la Clinique sont très anciennes et leur suivi a tendance à stagner. Cet aspect doit être amélioré.

VII.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Impliquer les équipes dans l'analyse des questionnaires de satisfaction	RAQ	Nombre de COQ/an pour lesquels au moins un salarié non-membre a été convié	4 4	4 4	4	4	4
Impliquer les équipes dans l'analyse des résultats d'IQSS et la mise en place d'actions d'amélioration	RAQ	Taux de campagne IQSS ayant fait l'objet d'échanges en réunion	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Réaliser des patients traceurs en impliquant les équipes	RAQ	Taux de patients traceur réalisé en impliquant au moins 1 soignant	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Refondre la démarche EPP : Clôture des EPP, relance des EPP, création de nouvelles EPP	RAQ	Taux d'EPP Active/an	80% 100%	80% 100%	100%	100%	100%

PROJET ARCHITECTURAL

I / EVALUATION PROJET 2017-2021

- Le projet post-urgence n'a pas abouti et nous n'avons donc pas fait de modification d'organisation en ce sens.
- Nous avons réalisé le projet groupe 20/80 afin d'augmenter l'offre de soins en chambre particulière qui était très faible. C'est à ce titre que nous avons construit une extension de 18 lits. Les travaux ont débuté en novembre 2018 pour se terminer en août 2019. Nous avons ouvert cette extension le 15 septembre 2019. L'inauguration a eu lieu en novembre 2019.



Ce bâtiment a une superficie de 1080 m² et comprend deux étages de 9 chambres particulières. Le rez-de-chaussée a été aménagé en salle d'activité, de sport et de réunion. Le montant des travaux s'est élevé à trois millions d'euros.

Ce projet a permis d'augmenter nos prises en charge notamment en HDJ par une plus grande offre de salles d'activité. La salle de sport est très appréciée du public accueilli en hospitalisation complète et en HDJ. Mais elle est aussi en accès libre selon un planning établi pour les salariés dans le cadre de la qualité de vie au travail.

Ce projet nous a aussi permis de réaliser deux bureaux à destination des professionnels médicaux, paramédicaux et autres pour les entretiens et rdv avec les patients.

II / LE PROJET ARCHITECTURAL 2022-2026

Les objectifs :

- Améliorer les conditions d'accueil des usagers. Poursuivre l'entretien dans les services de soins permettant d'améliorer les conditions d'accueil des patients et de leurs familles.
 - *Mise à jour 2024 : L'entretien a été fait avec un budget maintenance courante de 130k€*
- Développer des espaces verts et jardins : circuits de promenades, parcours de santé, etc.
 - *Mise à jour 2023 : Les parcours sont finalisés avec achats d'appareil sportif extérieur.*
- Mettre en place une politique patrimoniale efficiente : mieux exploiter les potentialités des locaux.
 - *Mise à jour 2023 : Un plan pluriannuel et annuel d'investissement est fait afin d'anticiper les besoins et de programmer les investissements coûteux.*
- Maîtriser les coûts de gestion et d'entretien du patrimoine et identifier des sources de financement complémentaires pour maintenir et préserver le patrimoine.
 - *Mise à jour 2023 : Un plan pluriannuel et annuel d'investissement est fait afin d'anticiper les besoins et de programmer les investissements coûteux.*
- Un projet de transformation des lits en HDN est en cours avec une capacité de 4 lits en HDN et une augmentation de 6 lits en psychiatrie générale pour l'hospitalisation complète.
 - *Mise à jour 2023 : La transformation a eu lieu au 1er juillet 2022.*

PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES

Le projet qualité, sécurité des soins et gestion des risques de la clinique Ronsard est basé sur la mission essentielle de l'établissement qui n'est autre que de garantir à la fois aux patients la qualité, la continuité et la sécurité des soins prodigués. Il s'agit bien, grâce à la constante mobilisation de tous les professionnels de l'établissement, d'assurer une prise en charge médicale, paramédicale et hôtelière efficaces.

La procédure de certification reste un élément moteur dans la démarche qualité de la clinique Ronsard. Pour rappel, elle a été certifiée V2014 au cours de l'année 2018 avec une note de « A ».

La certification V2020 est prévue pour l'année 2024. Cette dernière version s'inscrit dans la continuité de la certification V2014 et ses enjeux sont les suivants :

- promouvoir l'engagement du patient ;
- développer la culture de la pertinence et du résultat ;
- de renforcer le travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques ;
- de s'adapter aux évolutions de santé : les regroupements, les transformations du système de santé, les nouvelles technologies, les évolutions de la population... en cohérence avec « Ma Santé 2022 ».

Le contexte sanitaire COVID19 a également mis en avant l'importance de la gestion des risques au quotidien avec notamment la bonne mise en œuvre des plans d'urgence. La situation est source d'enjeux majeurs pour conjuguer qualité et sécurité des soins tout en conservant la dynamique de travail d'équipe.

Ce nouveau projet qualité, sécurité des soins et gestion des risques s'attachera à consolider les pratiques internes en place répondant aux objectifs, à les rendre pérennes et à améliorer nos organisations afin d'accroître le service rendu aux patients.

I / ELABORATION

Le projet qualité, sécurité des soins et gestion des risques fait partie intégrante du projet d'établissement. Elaboré par le COPIL Projet d'établissement, en collaboration avec la CME et la CDU, il s'appuie sur :

- Les objectifs et la stratégie d'établissement,
- les objectifs Qualité du CPOM,
- le CAQES,
- les résultats des indicateurs nationaux,
- les exigences de la certification V2020,
- les exigences du groupe Ramsay Santé,
- les cartographies des risques réalisées,
- les résultats internes de la satisfaction des patients,
- les éloges, plaintes et réclamations,
- les bilans des instances et comités de l'établissement,
- le bilan de la gestion des risques,
- les retours d'expérience (FEI, ACRES et CREX).

II / PILOTAGE DE LA DEMARCHE QUALITE GESTION DES RISQUES

II.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Le précédent projet Qualité s'est attaché à « Restructurer le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques » et à « Structurer la démarche qualité et sécurité des soins selon les processus HAS ».

Une instance de pilotage a été mise en place : le COPIL Qualité. L'organigramme des instances consultatives et délibératives a été tenu à jour, les règlements intérieurs des instances et les fiches missions des référents sont définis et mis à jour.

Le pilotage par processus a été mise en œuvre dans le cadre de la V2014, avec nomination de pilotes de processus. Des cartographies des risques ont été réalisées. Tout ce travail de structuration a été impacté dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et évalué par le biais d'audit de processus.

II.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Le bon pilotage de la démarche Qualité et gestion des risques reste un impératif et doit continuer à être maintenu. Le COPIL Qualité est toujours organisé régulièrement et la documentation structurant les différentes instances est maintenue à jour.

L'arrivée de la nouvelle itération de la certification : la V2020, amorce une évolution du pilotage de la démarche. Les processus V2014 et les cartographies associées ont permis une meilleure structuration de la démarche. La V2020, n'impose plus ce découpage, mais la démarche continuera de s'appuyer sur cette logique en affinant ce découpage. Ainsi, la démarche continuera d'être pensée par thématiques clés : Gestion des risques, Droits des patients, Identitovigilance, Prise en charge médicamenteuse, Parcours patient, Dossier patient...

Le PAQSS reste ventilé sur cette logique. L'audit de processus n'est plus une méthode d'évaluation en vigueur avec la V2020 mais d'autres outils viennent la remplacer et l'établissement doit se les approprier : Audit système, Parcours Traceur, Traceur ciblé et Patient traceur (déjà existant dans la V2014).

II.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Maintenir le pilotage structuré de la démarche : Organisation des instances selon le planning prévisionnel annuel	RAQ	Taux prévisionnel annuel réalisé et appliqué/an	100% 87%	100% 99.4%	100%	100%	100%
Tenir à jour la documentation associée à la démarche (règlement intérieur, organigramme des instances, fiches missions...)	RAQ	Taux de documentation à jour/an	100% 88%	100% 100%	100%	100%	100%
Mettre en œuvre les méthodes d'évaluation de la v2020 : Audit système, Parcours Traceur, Traceur ciblé et Patient traceur	RAQ	Nombre de patient traceur/an	9 5	9 7	9	9	9
		Nombre de traceur ciblé/an	7 6	7 7	7	7	7
		Nombre de parcours traceur/an	4 2	4 3	4	4	4
		Nombre d'audit système/an	6 6	6 6	6	6	6

III / CULTURE QUALITE ET SECURITE DES SOINS

III.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Le précédent projet Qualité s'est attaché à « Développer la culture qualité et sécurité des soins ». Les membres des instances et comités ont été renouvelés, un plan de communication interne a été établi et de nouveaux canaux de communication ont été mis en œuvre : TV Qualité, Affichage, interventions en réunion, notes d'information...

La connaissance des professionnels a pu être évaluée, notamment avec la diffusion d'un « Grand Quizz Qualité et gestion des risques ».

III.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La culture qualité et sécurité des soins reste un enjeu perpétuel, notamment du fait des changements de personnel au fur et à mesure du temps. Les recommandations de bonnes pratiques, les outils Qualité et gestion des risques évoluent également. Cette culture doit continuer à être nourrie et enrichie.

III.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Continuer à impliquer les salariés de toute fonction dans les instances, comités, groupes de travail, évaluations : invitations ponctuelles ou nouveaux membres permanents.	RAQ	Taux de salariés impliqués dans un comité/groupe de travail/évaluation/an	30% 62%	40% 72%	50%	60%	70%
Maintenir une communication de la démarche efficiente	RAQ	Nombre d'informations transmises liées à la démarche/an	4 >4	8 >8	10	12	12
Réaliser des sensibilisations/formations régulières du personnel	RAQ	Taux de personnel sensibilisé/formé sur la thématique Qualité sécurité des soins/an	30% 100%	40% 100%	50%	60%	70%
Réaliser une évaluation annuelle de la culture Qualité et gestion des risques des salariés	RAQ	Nombre d'évaluation réalisée/an	1 1	1 1	1	1	1

IV / DROITS DES USAGERS

IV.1 / BILAN DU PRÉCÉDENT PROJET

Le précédent projet Qualité s'est attaché à : promouvoir le respect des droits du patient et la bienveillance.

Le premier objectif était de « Renforcer le rôle du Comité Ethique » : celui-ci a été maintenu à un rythme d'environ 4 réunions par an depuis 2017, avec également une organisation régulière du bureau du comité pour organiser les réunions et rédiger les comptes rendus. Ceux-ci sont diffusés sur qualithèque mais également sous le format d'un livret plus attrayant, mis à disposition de tous les salariés dans différents lieux de la Clinique. Hors contexte COVID, ce comité est ouvert à tous.

Le deuxième objectif était de « Réactiver le Comité Bienveillance » : le comité a été réuni entre 1 et 4 fois par an depuis 2017, ce qui n'est pas pleinement satisfaisant. Différentes actions ont été mises en place dans le cadre de comité, notamment de sensibilisation du personnel avec toutefois des difficultés à trouver des supports adaptés à la psychiatrie.

Le dernier objectif était d'« Améliorer la connaissance des droits des patients par les patients eux-mêmes et par le personnel » : de nombreuses actions ont été mises en place pour l'information des patients, avec notamment la diffusion systématique d'un livret d'accueil conçue par le groupe Ramsay Santé qui balaye toutes les thématiques inhérentes à ce sujet (Commission des usagers, accès au dossier, consentement...). Des points d'informations sont à disposition des patients dans plusieurs zones de la clinique avec des flyers traitant notamment de la personne de confiance, de l'accès au dossier patient, du consentement, des directives anticipées... Des actions de sensibilisation du personnel ont également été entreprises, par intervention ponctuelle en réunion, dans le cadre de la semaine sécurité patient, par la diffusion de flyer... Les sujets étant dépendant des besoins identifiés par le biais des FEI, des ACRES, des questionnaires de satisfaction (ex : la contention, le respect de l'intimité...).

IV.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La thématique du « droits des usagers » reste une thématique majeure sur laquelle un travail constant de maintien des pratiques et des connaissances, ainsi que d'évolution est nécessaire.

Le comité éthique conserve sa dynamique malgré le contexte épidémique qui limite le nombre de participants et doit continuer à impulser la réflexion éthique au sein de l'établissement. Dernièrement celui-ci s'est attaché à aborder des thématiques étroitement liées aux droits des usagers tels que : « Le respect des droits du patient s'oppose-t-il aux principes de sécurité sanitaire en période de pandémie? » et « Le libre choix du médecin en psychiatrie ».

Le comité Bientraitance a été remanié et renommé en « Comité Droits des usagers » pour marquer que celui-ci s'attache à aborder toutes les facettes des droits des usagers et pas seulement la bientraitance. Un nouveau référent soignant a été nommé avec une fiche mission actualisée. Le comité doit gagner en dynamique de fonctionnement.

L'information des patients sur leurs droits, et la sensibilisation des salariés doivent être poursuivies en restant en alerte des points sensibles qui peuvent être identifiés. Les patients font remonter que l'information est parfois confuse et trop importante, ce point doit être travaillé. L'établissement doit s'attacher à s'assurer que les pratiques et les connaissances sont satisfaisantes en articulation avec la charte de la personne hospitalisée, notamment sur les thématiques suivantes :

- L'accessibilité, notamment aux personnes vulnérables et/ou en situation de handicap
- La qualité des soins, y compris la prise en charge de la douleur et la situation de fin de vie (incluant les directives anticipées)
- L'information accessible et loyale, l'implication dans les choix thérapeutiques et la place de la personne de confiance
- La recherche et le respect du consentement libre et éclairé, y compris pour les actes spécifiques (ex : dépistage du VIH).
- La liberté d'aller et venir
- La promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance (ordinaire et institutionnelle)
- Le respect de l'intimité, la tranquillité et la dignité
- Le respect des croyances
- Le respect de la vie privée ainsi que de la confidentialité des informations
- L'accès direct aux informations de santé, y compris au dossier médical
- La favorisation de l'expression du patient sur son expérience et sa satisfaction (Questionnaire de satisfaction, patient traceur, place des représentants des usagers...).

IV.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Maintenir la dynamique du comité Ethique	PRESIDENTE DU COMITE ETHIQUE	Nombre de réunion du comité éthique /an	4 1	4 4	4	4	4
Ré-impulser une dynamique du comité « droits des patients »	RAQ REFERENT DROITS DES USAGERS	Nombre de réunion du comité droits des patients/an	4 4	4 4	4	4	4
Améliorer l'information des patients (Pertinence, compréhension)	RAQ	Taux de satisfaction globale des items « information » des questionnaires de satisfaction	70% 94.1%	80% HC : 91.5% HDJ : 96.1% HDN : 92.3%	85%	90%	90%

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Assurer que le comité traite toutes les facettes des droits des usagers	RAQ REFERENT DROITS DES PATIENTS	Taux de thématiques abordées par le comité droits des patients sur l'année (sur les 11)	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Former et sensibiliser les salariés sur les thématiques des droits des usagers	RAQ CCS REFERENT DROITS DES PATIENTS	Taux de salariés sensibilisés ou formés au moins une fois sur les droits des patients / an	30% 100%	40% 100%	50%	60%	70%
Favoriser l'expression du patient et valoriser son expertise	RAQ	Taux de retour du questionnaire de satisfaction d'hospitalisation complète	50% 61.7%	50% 57.1%	50%	50%	50%

V / PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

V.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'Axe n°5 : Amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient du précédent projet avait pour objectif de :

- mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse dans le périmètre défini.

La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. La clinique Ronsard devait progresser sur certains critères, notamment le recueil du traitement habituel.

A ce jour, le recueil du traitement habituel reste encore à améliorer. Une procédure définissant les critères de priorisation des patients pour la conciliation médicamenteuse a été définie et des conciliations ont été réalisées.

- Accroître la vigilance des professionnels autour de l'évaluation de l'autonomie des patients notamment dans le service de gérontopsychiatrie (aide à la prise des repas, ..., troubles de la déglutition)

Les troubles de la déglutition sont fréquemment rencontrés, notamment dans le service de gérontopsychiatrie. Leur prise en compte représente un enjeu important de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'objectif était d'établir des recommandations internes sur l'identification des troubles, la prise en charge et la transmissions des informations.

Depuis, une procédure a été rédigée et les troubles de la déglutition sont évalués dans le dossier patient informatisé pour tout patient de plus de 75 ans ou présentant des risques. Les soignants ont bénéficié de E-LEARNING sur la thématique et un guide « Comprimé : couper ou écraser ? » est accessible sur Qualithèque.

V.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût : conformément aux exigences

de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Elles s'appuie sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient. Sa continuité nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.

L'établissement doit continuer à mener des actions de sensibilisation du personnel, des évaluations, effectuer le suivi des indicateurs et mettre en place des actions en vue de réduire les dysfonctionnements déclarés et améliorer les pratiques internes.

La fermeture provisoire de la PUI en juin 2021 a poussé l'établissement à devoir repenser ses organisations sur le sujet pour permettre une continuité de l'activité et conserver une maîtrise de la sécurité du circuit du médicament.

La Clinique s'attache également à veiller à répondre aux objectifs imposés par le CAQES, notamment en termes de :

- Maîtrise des médicaments à risque
- Maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse
- Bonnes pratiques de prescription, dispensation, administration et stockage, y compris des dispositifs médicaux stériles
- Conciliation médicamenteuse, continuité de la prise en charge médicamenteuse d'amont et d'aval, notamment pour les patients vulnérables
- Information et éducation du patient
- Maîtrise des Never Event liés au médicament
- Promotion des génériques et biosimilaires
- Formation des infirmiers
- Prescriptions conditionnelles

V.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Evaluer l'organisation mise en place suite au passage en officine (OMEDIT)	REFERENT CIRCUIT DU MEDICAMENT PHARMACIENS RAQ	Nombre d'audit réalisé par an	1 1	/	/	/	/
Pérenniser la conciliation médicamenteuse	PHARMACIENS	Taux de patients conciliés/patients priorités	80% 100% (4/4)	90% 100% (1/1)	100%	100%	100%
Assurer la formation des IDE sur les médicaments à risques	RAQ RUS	Taux d'IDE formés sur une période de 3 ans	100% 84%	100% 100%	100%	100%	100%
Piloter la prise en charge médicamenteuse par la gestion des risques	RAQ PHARMACIEN REFERENT CIRCUIT DU MEDICAMENT	Nombre de mise à jour annuelle de la cartographie des risques	1 0	1 0	1	1	1
Promouvoir les génériques et les biosimilaires	RAQ PHARMACIEN	Taux de COMEDIMS ayant fait l'objet d'une communication à ce sujet	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Motiver chaque prescription conditionnelle	RAQ PHARMACIEN	Taux de prescription conditionnelle	30% 24%	40% 48%	50%	60%	70%

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
		motivée (audit de dossier mensuel)					

VI / IDENTITOVIGILANCE

VI.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'identitovigilance est le système de surveillance et de prévention des risques d'erreurs liés à l'identification du patient. Il doit être permanent et actif tout au long de la prise en charge du patient. La Cellule d'IdentitoVigilance (CIV) doit s'assurer de la mise en place d'un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification.

La clinique Ronsard s'engageait dans la prévention et la réduction des incidents en lien avec l'identitovigilance :

- par la sensibilisation du personnel à la mise en œuvre des bonnes pratiques dans les services de soins et dans les services administratifs : interactions entre le personnel et les patients et gestion administrative et médicale du dossier patient ;
- l'implication du patient au travers d'une information sur les dispositifs internes d'identitovigilance ;
- la mise en œuvre d'évaluations et l'analyse des dysfonctionnements internes.

VI.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La bonne application des pratiques d'identitovigilance au sein de l'établissement reste un sujet majeur sur lequel des améliorations sont encore possible. Un grand nombre d'action ont été menés en 2020, notamment sur la mise à jour des bonnes pratiques et leur communication aux salariés, par le biais d'un film de sensibilisation « je m'appelle Annick » ou d'une chambre des erreurs organisée pendant la semaine sécurité des patients. La sensibilisation des patients a également fait l'objet de quelques actions, telles que la diffusion d'un set de table sur la thématique au moment du repas.

La prise de photo du patient, intégrée dans le dossier patient a été déployée en 2020 en hospitalisation de jour/nuit. Ce qui constitue une barrière de sécurité supplémentaire.

L'application des bonnes pratiques doit continuer à faire l'objet de sensibilisation, notamment dans le cadre de l'administration du médicament ou du classement des dossiers patients.

Les patients doivent continuer à être mis à contribution pour les impliquer pédagogiquement dans cette dynamique de sécurisation de l'identité du patient.

En 2020, le module de traitement des doublons a enfin pu être déployé sur LOGHOS, permettant d'identifier de potentielles erreurs et de les traiter.

VI.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Sensibiliser les salariés (toute fonction confondue) à l'identitovigilance	REFERENT IDENTITOVIGILANCE	Taux de personnels sensibilisés à l'identitovigilance/an	30% 47%	40% 42.8%	50%	60%	70%

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
		Nombre de FEI en lien avec l'identitovigilance/an	/ 12	/ 3	/	/	/
Mener des évaluations sur la thématique de l'identitovigilance	REFERENT IDENTITOVIGILANCE	Nombre d'audit en lien avec l'identitovigilance/an	4 1	4 0	4	4	4
Sensibiliser les patients à l'identitovigilance	REFERENT IDENTITOVIGILANCE	Nombre d'action de sensibilisation d'identitovigilance menées auprès des patients /an	1 4	2 3	3	4	4
Traiter et prévenir les doublons de dossier	REFERENT IDENTITOVIGILANCE	Nombre de doublon de dossier patient /an	0 ?	0 0	0	0	0

VII / RISQUE INFECTIEUX

VII.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Les axes prioritaires de la clinique Ronsard en matière de prévention du risque infectieux étaient en adéquation avec les programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins. Ils étaient également issus du bilan interne du CLIN/EOH, des résultats du BILANLIN, de la cartographie des risques sur la maîtrise du risque infectieux, des objectifs CPOM et des résultats des audits internes. Ces axes étaient les suivants :

- renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibio-résistance notamment par la promotion du bon usage des antibiotiques
- améliorer les connaissances des professionnels concernant les mesures de prévention du risque infectieux dans l'établissement
- mettre en œuvre l'évaluation et le suivi des indicateurs pour apprécier l'efficacité des actions engagées

VII.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques reste un sujet central, celles-ci doivent être argumentées et réévaluées. Le respect des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes est indispensable pour lutter contre l'antibiorésistance.

Le contexte COVID19 a mis en exergue l'importance de la couverture vaccinale, notamment des professionnels de santé.

En se protégeant par la vaccination, les professionnels de santé réduisent les risques d'infection pour eux-mêmes et pour les patients en cas d'exposition. L'établissement doit ainsi assurer la promotion des vaccinations recommandées et en faciliter l'accès aux professionnels. L'établissement doit analyser ses résultats ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et mettre en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant.

Les précautions standard (incluant l'hygiène des mains) constituent le socle indispensable de prévention des infections associées aux soins et s'appliquent toujours pour tous les patients. Elles correspondent à l'ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine. Elles s'appliquent à tout professionnel, pour tout soin, en tout lieu et pour tout patient quel que soit son statut infectieux.

Elles comprennent :

- l'hygiène des mains ;
- les équipements de protection individuelle ;
- l'hygiène respiratoire ;

- la gestion des excréta ;
- la prévention des accidents d'exposition au sang ;
- le bionettoyage

Les précautions complémentaires sont indiquées pour maîtriser la diffusion de certains micro-organismes à transmission aérienne ou par gouttelettes, ou à transmission manuportée : bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes émergentes. Les règles imposées par l'équipe aux patients visant à limiter la transmission de ces micro-organismes et qui comportent notamment des restrictions de mouvement, doivent être justifiées médicalement, expliquées au patient et s'accompagner d'aménagements facilitant leur mise en œuvre et leur acceptabilité. Le contexte sanitaire COVID19 a challengé notre organisation et la connaissance des professionnels sur cette thématique.

La maîtrise de la désinfection des dispositifs médicaux réutilisables permet également de prévenir le risque infectieux. L'équipe doit être formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs et disposer des protocoles adaptés.

Enfin, le circuit des déchets doit être maîtrisé, notamment en terme de circuit propre/ sale, de gestion des DASRI et de tri des déchets de soin.

VII.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Promouvoir le bon usage des antibiotiques	RAQ REFERENT ANTIBIOTIQUE	Taux de prescriptions d'antibiotiques >7 jours injustifiées/an	20% 14%	15% 52.6%	10%	0%	0%
Promouvoir la vaccination auprès des professionnels	DIRECTRICE GENERALE REFERENT HYGIENE	Taux de personnels vaccinés contre la grippe saisonnière/an	60% 25%	75% 29.5%	75%	75%	75%
Sensibiliser le personnel aux bonnes pratiques d'hygiène des mains et des autres thématiques liées aux précautions standard et complémentaires	REFERENT HYGIENE	Taux de soignants sensibilisés au risque infectieux dont l'hygiène des mains, les précautions standards et complémentaires/an	30% 57%	40% 27% IDE 0% AS HC	50%	60%	70%
Sensibiliser le personnel aux bonnes pratiques concernant les dispositifs invasifs	REFERENT HYGIENE	Taux d'IDE sensibilisés au risque infectieux lié aux dispositifs invasifs/an	30% 0%	40% HC 100% % HDJ 0%	50%	60%	70%
Sensibiliser le personnel à la gestion des déchets de soin	REFERENT HYGIENE	Taux d'IDE/AS sensibilisés à la gestion des déchets de soin/an	30% 0%	40% 100% %	50%	60%	70%
Evaluer la maîtrise du risque infectieux (déchets, excreta, précautions complémentaires, hygiène des mains...)	REFERENT HYGIENE	Nombre d'évaluation réalisés /an sur la thématique du risque infectieux	1 2	2 3	3	4	4

VIII.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

La clinique Ronsard, au travers du pilotage de la gestion des risques assuré par le Comité des Vigilances et des Risques (COVIR) s'engageait à :

- mettre en place une démarche de gestion des risques pluri-professionnelle intégrée au quotidien et dans la gouvernance de l'établissement ;
- repérer et identifier les risques d'évènements indésirables et en particulier les évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Cela concernait :
 - o les risques a priori (ceux qui pourraient se produire) notamment par la mise à jour et la diffusion des plans d'urgence de l'établissement
 - o les risques a posteriori (ceux qui se sont déjà produits) par l'exploitation des évènements indésirables déclarés
- analyser ces risques (notamment par la mise en œuvre de la méthode d'analyse ACRES) : c'est à dire évaluer les risques en termes de gravité et de fréquence et déterminer leurs causes et leurs conséquences. Puis les hiérarchiser afin de les prioriser.
- traiter les risques jugés non acceptables, c'est à dire imaginer les solutions, le plus souvent sous formes de barrières de sécurité, susceptibles d'empêcher la survenue des évènements indésirables redoutés ou à défaut d'en limiter leurs conséquences.
- assurer le suivi et l'évaluation de la démarche dont notamment les risques résiduels et mettre en place un retour d'expérience, c'est-à-dire un partage entre professionnels des enseignements retirés de cette démarche.

C'est à ce titre que la clinique Ronsard s'engageait également :

- à promouvoir la déclaration des évènements indésirables en interne appuyée par une charte de non sanction.
- mener des actions de sensibilisation visant à développer la culture sécurité de l'établissement et son appropriation par les professionnels

VIII.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La gestion des risques au sein de la Clinique Ronsard doit continuer à être soutenue activement. L'arrivée de nouveaux professionnels constitue un enjeu pour assurer un maintien de cette culture. La sensibilisation et l'acculturation reste une priorité.

Une attention particulière est accordée à certaines thématiques centrales de notre activité et doivent continuer à l'être : le risque suicidaire, l'urgence vitale et le circuit du médicament. Les risques doivent continuer à être travaillés aussi bien a priori (cartographie des risques) qu'a posteriori (FEI, ACRES, CREX, RETEX).

Les évènements graves associés aux soins bénéficient d'une attention particulière. Ils sont analysés et signalés aux instances.

La définition, la mise à jour et l'exercice aux plans d'urgence intègrent également ce chapitre et font l'objet d'une attention particulière. Les plans d'urgences incluent : le plan blanc et ses annexes, le plan de sécurisation de l'établissement (PSE), le plan de continuité d'activité (PCA), le plan canicule...

Pour finir, la communication et la prise en compte des vigilances sanitaires doivent être réfléchies, définies et opérationnelles. Notamment : la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'addictovigilance... Le changement d'organisation officine vs PUI doit amener à une nouvelle réflexion sur cette organisation.

VIII.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Informer, sensibiliser et former les professionnels au	RAQ	Taux de personnels sensibilisés/an	30% 100%	40% 100%	50%	60%	70%

signalement des évènements indésirables							
Réaliser des analyses régulières des FEI (Revue des FEI, CREX et ACRES)	RAQ	Nombre de revue de FEI/an	10 12	10 10	10	10	10
		Taux de CREX/an réalisé sur les EI éligibles	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
		Taux d'ACRES /an réalisé sur les EI éligibles	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Réaliser et maintenir à jour les cartographies des risques des thématiques prioritaires	RAQ	Taux de cartographie des risques de moins de 2 ans (thématique prioritaire)	80% 0%	100% 56%	100%	100%	100%
Tenir à jour les plans d'urgences	RAQ	Taux de mise à jour des plans d'urgence (Plan blanc / PCA / PSE)/an	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Former/sensibiliser les professionnels aux plans d'urgence	RAQ	Taux de personnel formé/sensibilisé aux plans d'urgence	30% 100%	40% 100%	50%	60%	70%
Assurer un circuit opérationnel des vigilances	RAQ	Nombre de COVIR/an	4 4	4 4	4	4	4

IX / DOSSIER PATIENT

IX.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Le dossier patient est un outil de partage qui doit permettre la coordination des soins et la continuité de la prise en charge. Dans des conditions définies, il doit être accessible aux soignants et à d'autres professionnels ainsi qu'au patient lui-même. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité du circuit qui en résulte (secteurs de soins, transport interne, consultations, archivage...), il peut être sujet à de nombreux dysfonctionnements. La qualité de la gestion du dossier du patient est donc porteuse d'enjeux d'amélioration importants.

Les axes prioritaires de la clinique Ronsard en matière de gestion du dossier patient étaient les suivants :

- garantir l'exhaustivité des informations nécessaires à la continuité et à la coordination notamment par le suivi et l'amélioration des indicateurs IPAQSS
- assurer l'accessibilité du dossier aux professionnels autorisés et dans le respect des règles de confidentialité

Ainsi, le dossier patient a évolué au fil des besoins de la Clinique et des évolutions technologiques. Chaque professionnel dispose d'un accès personnel au dossier patient, adapté à ses fonctions et supprimé lorsque celui-ci est obsolète. L'organisation concernant la conservation des données numériques et papier est pensée pour en assurer leur intégrité et leur confidentialité.

IX.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Le dossier patient conserve une place centrale dans la coordination des soins et la continuité de la prise en charge. L'outil se doit d'être adapté à nos activités et doit permettre de tracer, conserver et communiquer toute information pertinente aux différents intervenants.

Les règles de traçabilité du dossier doivent être définies : QUI doit tracer QUOI, QUAND et COMMENT. Les différents intervenants doivent également disposer d'outils leur permettant d'utiliser l'outil de manière appropriée. Des check-list et procédures sont définies à cet effet, pour les différentes fonctions, et doivent continuer à être mises à jour.

Le droit du patient à accéder à son dossier doit être respecté et le patient informé. Cette organisation est déjà définie et le respect des délais de communication fait l'objet d'une vigilance spécifique.

La confidentialité et la sécurisation des données du dossier patient font l'objet d'une attention particulière :

- Accès nominatifs au dossier patient informatisés, supprimés en temps voulu, ne donnant accès qu'aux informations et manipulations autorisées relatives à la fonction.
- Stockage sécurisé et confidentiel des dossiers papiers, y compris lors de l'archivage. Dans ce cadre, la clinique mène actuellement un projet d'externalisation des archives, afin de garantir une gestion adaptée de celles-ci.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes doivent être définies et s'adapter aux évolutions technologiques et numériques. La lettre de liaison à la sortie a été modifiée en 2021 pour répondre exhaustivement au décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 et permettre également sa bascule dans le Dossier Médical Partagé (DMP) du patient. La Clinique veille à ce que cette lettre soit communiquée à J0 de la sortie.

La complétude et la bonne tenue du dossier patient au regard de la législation et des recommandations doit être évaluée régulièrement. Des audits de dossiers sont réalisés à fréquence régulière, les critères d'évaluations sont adaptés aux évolutions des exigences. La Clinique veille également à participer aux campagnes d'Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) de la HAS, facultatives ou non. Les résultats de ces évaluations font l'objet d'action d'amélioration.

IX.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
S'assurer que les professionnels disposent de consignes définies de tenue du dossier patient	RAQ	Taux de fonction disposant d'outils de tenue du dossier à jour/an	80% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Veiller à maintenir des accès sécurisés au dossier patient (profil nominatif, suppression des profils obsolètes, profils adaptés aux fonctions)	RAQ	Taux de salariés disposant d'un accès sécurisé au dossier patient/an	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
		Taux de profil obsolète (+ de 3 mois) sur HM au 31/12	0% ?	0% ?	0%	0%	0%
Finaliser l'externalisation des archives médicales	RAQ	Taux d'avancement de l'externalisation des archives	100% 100%	/	/	/	/
Respecter le délai de communication du dossier patient pour chaque demande	RAQ	Délai moyen de communication des dossiers médicaux (- de 5 ans)	<8j 4.2	<8j 2	<8j	<8j	<8j
		Délai moyen de communication des dossiers médicaux (+ de 5 ans)	<60j NA	<60j 9	<60j	<60j	<60j
Veiller au respect du décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif à la lettre de liaison à la sortie (contenu et délai)	RAQ	Score de qualité de la lettre de liaison à la sortie (IQSS)	80% 89%	80% 91%	100%	100%	100%

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Réaliser des audits de dossier réguliers	RAQ	Nombre d'audit réalisé/an en HC	12 12	12 12	12	12	12
		Nombre d'audit réalisé/an en HDJ/HDN	4 4	4 4	4	4	4
Participer aux campagnes IQSS nationales	RAQ	Taux de participation aux campagnes IQSS	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%

X / EVALUATION DE LA PERTINENCE

X.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a pour but d'améliorer la qualité des soins et/ou du service rendu aux patients par les professionnels de l'établissement, dans le respect de leurs règles professionnelles et/ou déontologiques respectives. Elle consiste en l'analyse des pratiques professionnelles, en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et/ou les sociétés savantes ou instances reconnues dans les domaines évalués, et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

Dans le cadre du précédent projet, l'établissement entendait poursuivre ses efforts relatifs aux EPP en :

- levant les 2 recommandations associées à la certification V2010 portant sur le critère 28b (Pertinence des soins) et le critère 28c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratiques cliniques). Ce qui fut chose faite dans le cadre de la V2014, l'établissement ayant été certifié en « A », sans recommandation.
- Assurant un meilleur suivi des actions en cours : les actions liées aux EPP ont été suivies dans le cadre du comité EPP.
- Identifiant de nouveaux enjeux d'amélioration en fonction des orientations stratégiques de l'établissement, des dysfonctionnements constatés ou des bonnes pratiques publiées : l'EPP « prescriptions conditionnelles » a ainsi été créé en 2019.
- Favorisant l'implication des professionnels dans les démarches EPP : l'EPP « prescriptions conditionnelles » a ainsi impliqué le pharmacien, un médecin et des IDE.
- Informant plus régulièrement les professionnels sur les résultats atteints : un point EPP est fait en COPIL Qualité et le comité EPP se réunit plusieurs fois par an.

X.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût.

Cela signifie que le soin a été choisi parmi des alternatives ayant démontré leur efficacité, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour une affection et pour un patient donné.

Un soin ne peut être pertinent que si certaines conditions sont satisfaites :

- les compétences techniques et les autres ressources nécessaires au soin doivent être disponibles, en sorte qu'il puisse être dispensé selon les bons standards ;
- les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de tous les soins potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination du soin pertinent parmi ceux dont l'efficacité est connue.

Leurs préférences seront indicatives non seulement de l'objectif principal qu'ils espèrent atteindre, mais aussi de leurs perceptions des effets secondaires qui pourraient advenir ;

- la pertinence des soins doit également être considérée dans le contexte social et culturel actuel, et au regard de la juste répartition des ressources de santé.

La majeure partie des démarches EPP de la Clinique sont très anciennes et leur suivi a tendance à stagner. Une démarche d'EPP doit impliquer tous les professionnels concernés par la thématique et s'évertuer à mettre en œuvre des bonnes pratiques ainsi qu'à questionner la pertinence des pratiques.

Une revue de pertinence peut aussi bien s'appliquer à un soin spécifique qu'à un type de prise en charge (ex : revue de pertinence des séjours permettant d'ajuster les filières).

La participation aux campagnes IQSS nationales et l'exploitation des résultats associés en collaboration avec les équipes permettent également de contribuer à l'amélioration des pratiques.

L'exploitation des questionnaires de satisfaction, sur les items interrogeant le ressenti du patient sur les bénéfices de sa prise en charge est également un moyen d'évaluer la pertinence de la prise en charge. Des questions spécifiques ont ainsi été intégrées dans les questionnaires de satisfaction d'hospitalisation complète, de jour et pour la prise en charge en rtms.

X.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Refondre la démarche EPP : Clôture des EPP, relance des EPP, création de nouvelles EPP	RAQ	Taux d'EPP Active/an	60% 100%	70% 100%	80%	90%	100%
Participer aux campagnes IQSS nationales	RAQ	Taux de participation aux campagnes IQSS	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Développer des questionnaires de satisfaction intégrant des questions sur les résultats ressentis par le patient	RAQ	Taux de prises en charge spécifiques bénéficiant d'un questionnaire (HC, HDJ, HDN, etc)	80% 100%	90% 100%	100%	100%	100%

PROJET DES USAGERS

Le projet des usagers a été rédigé sur la base des propositions des représentants des usagers membres de la CDU :

- Madame Ghislaine DUPUIS - Représentants des usagers titulaire – UDAF
- Madame Monique PIZANI - Représentants des usagers titulaire – France parkinson
- Madame Sylvie LAUBRY – Représentants des usagers suppléante – UFC que choisir
- Madame Françoise LAGORCE - Représentants des usagers suppléante – UFC que choisir

Un premier groupe de travail réunissant les représentants des usagers, la direction et la responsable qualité a eu lieu le lundi 20 Mars 2023.

Le projet des usagers est articulé avec les autres volets du projet d'établissement (médical, de soins, qualité...).

Ce projet a été validé lors de la CDU du 04 Mai 2023.

I / SIGNALÉTIQUE ET INFORMATIONN

I.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Malgré une signalétique déjà en place, force est de constater que les usagers ne se repèrent pas facilement dans l'enceinte de l'établissement, notamment en ce qui concerne les entrées principales extérieures..

Il est fréquent que les différents usagers (visiteurs, transports, nouveaux patients...) se présentent à l'entrée de l'hospitalisation de jour, pensant être à l'entrée principale.

Un travail peut donc être mené pour améliorer cette signalétique, aussi bien à l'extérieur de l'établissement qu'à l'intérieur.

I.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Créer un groupe de travail avec les représentants des usagers pour améliorer la signalétique de l'établissement	RAQ	Nombre de modifications apportées à la signalétique		Min 1 1			

Conclusions de la réunion du groupe de travail sur la signalétique du 13 juillet 2023 :

- Accessibilité pour les personnes non ou mal voyantes : En Psy G, l'ascenseur patient « parle » mais le son est trop faible. La société est intervenue depuis pour améliorer l'audibilité du son.
- Signalétique à l'extérieur de l'établissement :
 - L'objectif est de faciliter l'accès aux différentes entrées de la clinique : consultations externes/ accueil HC/ accueil HDJ-HDN.
 - Projet retenu : Mettre un panneau central dans l'axe de l'entrée avec un code couleur pour les 3 secteurs de la clinique (1 couleur par secteur).
 - Un panneau a été installé à l'entrée de l'établissement et la casquette des portes a été peinte de la même couleur. L'installation est encore perfectible, des améliorations doivent être apportées.

Dans la continuité de ce sujet, suite aux nombreuses remarques et à l'insatisfaction des patients, les représentants des usagers vont travailler sur l'information donnée à l'entrée aux patients (Livret, documents remis, affichage).

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Améliorer la signalétique à l'extérieur de l'établissement	RAQ Représentants des usagers	Nombre de modifications apportées à la signalétique				Min 1	
Améliorer l'information à l'entrée (livret, documents remis, affichage)	RAQ Représentants des usagers					Min 1	

II / PATIENT ARRIVANT EN « URGENCE RELATIVE »

II.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La plupart des patients arrivent dans le cadre d'une hospitalisation programmée et anticipée. Il peut cependant arriver qu'un patient soit admis dans un contexte plus urgent. Le patient ne bénéficie alors pas forcément du même niveau d'information dans le cadre de sa pré-admission. Celui-ci peut également être un peu confus lors de l'admission.

Les représentants des usagers souhaiteraient évaluer ce sujet et identifier des axes d'amélioration en lien.

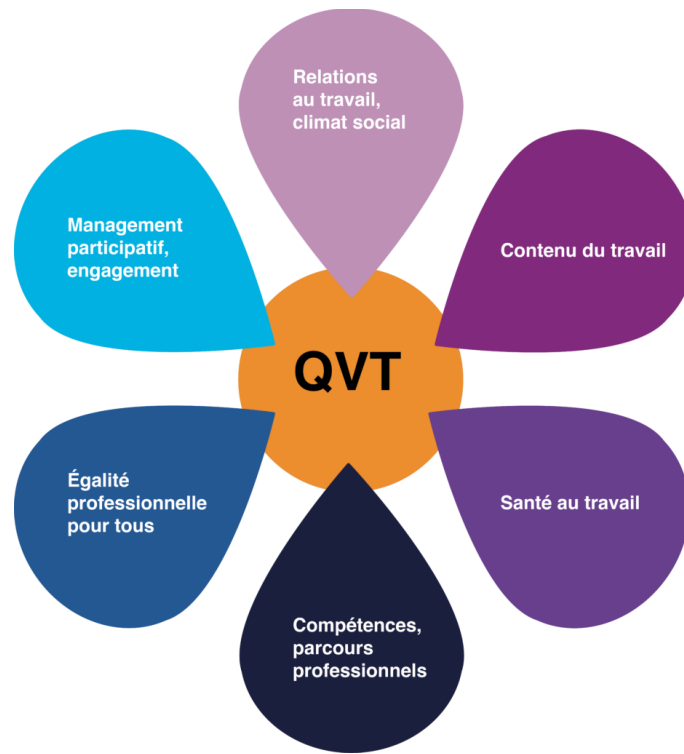
II.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Faire participer les représentantes des usagers à un patient traceur pour un patient entré en « urgence »	RAQ	Nombre de patient traceur réalisé avec les représentants des usagers		Min 1			

Nous n'avons pas pu identifier de patient ayant ce profil pour pouvoir réaliser un patient traceur en 2023. L'établissement ne réalise plus d'admission en urgence. Ce volet du projet des usagers est abandonné.

PROJET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Dans le cadre du groupe de travail pour la rédaction du projet d'établissement 2022-2026, il a été convenu de fusionner les volets « managérial » et « social et ressources humaines » pour les décliner selon les 6 axes Qualité de Vie au Travail (QVT) définis par l'Aract-Anact. L'objectif étant d'obtenir une meilleure lisibilité et de balayer chaque aspect de la thématique Qualité de Vie au Travail.



Ce projet QVT s'inscrit également dans une démarche d'engagement dans le développement durable et dans une démarche éthique.

Dans le cadre de la précédente certification v2014, le travail mené sur le processus « Qualité de vie au Travail » a conduit à créer début 2021 un comité Qualité de Vie au Travail. Ce comité est impliqué dans la rédaction de ce projet et participera à sa bonne mise en œuvre.

I / RELATIONS AU TRAVAIL, CLIMAT SOCIAL

La thématique « relation au travail, climat social » intègre notamment les notions de :

- Relations au travail
- Organisation des réunions internes
- Diffusion des supports internes
- Rôle des instances
- Evènements conviviaux
- Lieux de pause...

I.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'axe III du volet « social et RH » était de « Maintenir et moderniser les relations sociales et établir des relations durables et de confiance réciproque avec les représentants du personnel ».

Suite à la loi Travail de 2017, une des ordonnances publiées le 23 septembre 2017 a instauré la fusion des Instances Représentatives du Personnel (délégués du personnel (DP), comité d'entreprise (CE) et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)) et crée une instance unique de représentation du personnel : le Comité Social et Economique (CSE). Le CSE est en place depuis Novembre 2019 au sein de la Clinique Ronsard et dispose d'un règlement intérieur.

Les représentants du personnel (RP) bénéficient d'informations exhaustives communiquées par la direction lors des réunions du CSE. Ils ont également accès à une base de données dématérialisée, leur permettant un accès facilité aux documents stratégiques. Les représentants du personnel sont également invités et impliqués dans des groupes de travail tels que le Comité Qualité de Vie au Travail, le COPIL Hôpital sans tabac ou le COPIL Chromothérapie.

Concernant les autres aspects du chapitre « relations au travail, climat social » :

- La clinique a mis en place plusieurs événements conviviaux depuis 2017 : Bouge ta boîte, 1 PAS 1 DON, course Happy Color, Fêtes de fin d'années, inauguration de l'extension, ...
- Dans le cadre du comité Bien-être, des animations spécifiques et un tableau de la gratitude ont été mis en place en 2019 à l'occasion de la journée de la gentillesse.

En 2019, dans l'objectif de fidéliser les talents et continuer à en attirer de nouveaux, le groupe Ramsay Santé a donné la parole à chaque collaborateur grâce à une enquête d'Engagement « Un collaborateur, une voix », dont les résultats ont permis d'appréhender au plus juste ce qui fait notre force et surtout les points d'amélioration sur lesquels il nous faut encore travailler. Le plan d'action est suivi dans le cadre d'un COPIL spécifique.

I.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Depuis 2020, le contexte sanitaire actuel (COVID19) limite les possibilités de moments conviviaux mais l'établissement souhaite en impulser dès que cela sera possible.

Cette année a été aussi celle de la publication de la nouvelle version de la certification HAS V2020. Pour tendre aux objectifs de cette nouvelle certification, nous souhaitons travailler sur les notions de travail d'équipe et de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits. La clinique souhaite ainsi favoriser les démarches collectives, encourager la collaboration à tous les niveaux de l'organisation et faciliter les discussions ouvertes. La préservation des relations interpersonnelles et interprofessionnelles permet de maintenir la cohésion des équipes. Le management, et tout particulièrement le management de proximité, joue un rôle essentiel dans ce domaine et doit être soutenu dans cette fonction.

Concernant les lieux de pause, la mise en place fin 2020 d'équipements de Chromothérapie à disposition du personnel a permis de créer un espace dédié où les salariés peuvent notamment se relaxer et se libérer de leur tensions. La salle de sport de l'extension a également été mise à disposition des salariés.

Enfin, la démarche 1 collaborateur 1 voix est suivie dans le cadre d'un COPIL dédié et devrait faire l'objet d'une prochaine itération.

I.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Poursuivre l'implication des représentants du personnel dans les projets impactant les salariés	DIRECTION	Taux de projet impactant les salariés impliquant le CSE	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Impulser des événements conviviaux	DIRECTION	Nombre d'événements conviviaux organisés/an	>1 2	>1 4	>1	>1	>1
Mettre en place une assemblée générale	DIRECTION	Nombre d'assemblée générale/an	1 tous les 2 ans 0	1 tous les 2 ans 0	1 tous les 2 ans	1 tous les 2 ans	1 tous les 2 ans
Participer et exploiter les prochaines itérations 1 collaborateur/1 voix	DIRECTION	Nombre de COPIL 1 collaborateur 1 voix	Min 4 4	Min 4 2	Min 4	Min 4	Min 4

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Mener une démarche d'amélioration du travail d'équipe (sensibilisation des équipes, synchronisation des équipes, démarches collectives de travail en équipe, dispositif PACTE...)	CCS	Démarche d'amélioration du travail d'équipe réalisée	1 Non initié				
Veiller à la prévention et à la bonne gestion des conflits interpersonnels	DIRECTION	Taux de réponse des FEI sur la thématique	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%

II / CONTENU DU TRAVAIL

La thématique « Contenu du travail » intègre notamment les notions de :

- Clarté du travail
- Autonomie dans le travail
- Moyens pour réaliser le travail
- Clarté des consignes
- Gestion de l'activité
- Répartition de la charge de travail

II.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'axe III du volet « Managérial » était d' « Identifier et développer les complémentarités intersectorielles ».

Notamment : revoir les organisations de travail dans une double logique, favoriser un fonctionnement décloisonné entre les secteurs et les services, anticiper et définir de manière concertée le développement des ressources et optimiser l'affectation et l'emploi des moyens humains.

L'axe I du volet « Social et RH » était d' « Accentuer la mise en œuvre du dispositif de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) afin de capitaliser sur les ressources humaines disponibles, de les définir, de les mobiliser, de les ajuster dans une logique de recherche permanente d'efficience accrue ».

Notamment : réfléchir aux modalités d'octroi des temps partiels, rechercher la meilleure adéquation des effectifs aux activités.

En 2016, un travail global de réorganisation des soins a été mené. Des fiches de fonctions et fiches de postes ont été rédigées pour l'ensemble des fonctions.

Des échanges de postes ont été mis en place : AS/Hôtesse d'accueil, IDE jour/nuit, IDE à la PUI (Pharmacie à usage intérieur) pour la préparation des chariots de médicaments. Le contexte sanitaire lié au COVID en 2020 a également amené les IDE d'hospitalisation de jour à intervenir en hospitalisation complète.

La clinique a adhéré à plusieurs réseaux permettant des échanges de pratiques : InterClud, Qualiris, Vie37, EHPAD...

II.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'année 2020 a été l'occasion de la mise en place de nouveaux projets impactant l'organisation : rTMS, Chromothérapie, Hôpital Sans tabac ... Dans le cadre de ces projets, de nouvelles fonctions ou missions peuvent apparaître (Ex : Poste de Neuropsychologue dans le cadre du projet Hôpital Sans Tabac, Animatrice).

Le déploiement de la plateforme PEGASE va également impacter l'organisation du travail de quelques postes.

Le contexte sanitaire COVID19 a été un challenge conséquent d'ajustement constant des organisations, du contenu du travail et des ressources. L'établissement a su faire preuve d'une grande agilité sur cette période.

II.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Poursuivre la mise à jour ou création de fiches de poste/fonction sur la nouvelle trame	DIRECTION	Taux de fiche poste/fonction sur la nouvelle trame	60% 44%	80% 43%	100%	100%	100%
Finaliser la refonte des fiches de postes soignants (Hospitalisation Complète/ De jour, nuit) et ASH	CCS	Taux de mise à jour des fiches de poste soignant et ASH	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Poursuivre les actions d'échange de poste	DIRECTION	Nombre d'actions d'échange de poste réalisées	Min 1 3	Min 1 5	Min 1	Min 1	Min 1
Relancer les échanges de pratiques inter-établissements	DIRECTION	Nombre d'actions d'échange de pratique réalisées	Min 1 0	Min 1 1	Min 1	Min 1	Min 1

III / SANTE AU TRAVAIL

La thématique « Santé au travail » intègre notamment les notions de :

- Prise en compte de la santé
- Diffusion du Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels (DUERP)
- Mise en œuvre du plan d'action
- Prise en compte des Risques Psycho-Sociaux (RPS), Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)
- Aménagement des lieux et postes
- Optimisation des déplacements professionnels

III.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'axe V du volet « Managérial » était de « Sensibiliser les collaborateurs à la notion de gestion des risques ».

Notamment : aider au recensement des risques potentiels par secteur, communiquer autour des données du bilan des Accidents du Travail, travailler à l'analyse des causes d'accidents...

L'axe II du volet « Social et RH » était de « Définir une politique sociale axée sur le développement durable, dans une logique de démarche partagée et mobilisatrice » et notamment mettre en œuvre le dispositif lié à la pénibilité au travail.

Depuis 2015, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est mis à jour chaque année en collaboration avec les salariés représentants chaque fonction de l'établissement. Le DUERP est présenté en CSE et fait l'objet d'un plan d'action annuel. Du matériel est de ce fait acquis chaque année pour minimiser les risques, notamment de TMS.

Un bilan trimestriel des accidents du travail (AT) et des FEI liés aux risques professionnels est communiqué en CSE aux représentants du personnel.

En 2016-2017, une étude de poste de l'accueil a été réalisée par un ergonomiste et un audit de l'aménagement de la PUI a été réalisé par le CHSCT.

La médecine de travail intervient régulièrement pour sensibiliser le personnel sur des thématiques telles que la sécurité routière.

L'établissement déploie également les campagnes de prévention proposées par le groupe notamment celle concernant les incivilités vis-à-vis du personnel, ainsi qu'une communication sur le dispositif REHALTO permettant un soutien psychologique.

III.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Dans le cadre du contexte COVID19, la Direction de la Santé mentale du groupe Ramsay Santé a déployé une plateforme « Avec vous ». Le site « avecvous » leur offre la possibilité de mettre des mots sur les maux. Il a été créé pour tous, en télétravail, en établissement ou confiné. Le premier objectif de ce site simple et facile à utiliser est de permettre à chacun de légitimer ce qu'il ressent, et d'admettre qu'il est possible d'avoir, à son tour, besoin que l'on prenne soin de lui. Véritable interface d'échanges, il permet également de faire le point sur son état psychologique, d'obtenir des conseils pour améliorer son quotidien et, éventuellement, de solliciter un rendez-vous avec un spécialiste

Dans ce contexte, il apparaît plus que pertinent de ré-itérer le travail de prévention des RPS déjà initié en 2015.

La mise en place fin 2020 d'équipements de Chromothérapie à disposition du personnel a permis de créer un espace dédié où les salariés peuvent notamment se relaxer et se libérer de leur tensions

Il est à relever qu'aucun accident du travail en 2020 n'a engendré d'arrêt de travail ce qui démontre l'efficacité de la démarche de prévention des risques professionnels.

Enfin, de par le regroupement des instances représentatives du personnel, les représentants du personnel peuvent être moins investis sur la partie « CHSCT » du CSE qu'auparavant.

III.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Réitérer le travail de prévention des risques psycho-sociaux (RPS)	DIRECTION	Travail de prévention des RPS réalisé	1 0				
Poursuivre la communication régulière du dispositif PREVIA	ATTACHE DE DIRECTION	Nombre de communication REHALTO/an	Min 1 2	Min 1 1	Min 1	Min 1	Min 1

IV / COMPETENCES, PARCOURS PROFESSIONNELS

La thématique « Compétence, parcours professionnels » intègre notamment les notions de :

- Parcours d'intégration
- Entretiens individuels
- Gestion des compétences
- Plan de formation
- Adaptation des compétences
- Utilisation des dispositifs

IV.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'axe IV du volet « Managérial » était de « Généraliser les outils d'aide à l'accroissement de la performance ».

Notamment : pérenniser et fiabiliser l'organisation des Entretiens Annuels d'Evaluation des Performances, définir et adapter les outils à mettre en œuvre dans le cadre d'une politique de communication, d'information et d'accueil optimisé des nouveaux arrivants et des stagiaires.

Mais aussi : élaborer un plan pluriannuel de formation professionnelle en cohérence avec les besoins identifiés et mettre en place les outils d'analyse à l'évaluation des compétences de base et des compétences spécifiques attendues en fonction des métiers et des secteurs d'affectation.

L'axe I du volet « Social et RH » était d' « Accentuer la mise en œuvre du dispositif de la Gestion Prévisionnelle des Métiers (GPMC) afin de capitaliser sur les ressources humaines disponibles, de les définir, de les mobiliser, de les ajuster dans une logique de recherche permanente d'efficacité accrue ».

Notamment : définir un schéma directeur des ressources humaines, évaluer la pertinence et la volumétrie d'un effectif commun de compensation et de suppléance dans les services de soins grâce à une redéfinition d'un pool de remplacement polyvalent et réactif.

Mais aussi : favoriser une promotion professionnelle répondant aux besoins de l'institution et anticiper sur l'évolution des besoins, fidéliser les personnels, développer la mobilité interne, poursuivre la professionnalisation des managers de proximité pour acquérir une cohérence entre le terrain et les instances décisionnaires de la clinique et ainsi rendre efficace toute décision ...

Parmi les actions entreprises :

- La clinique, dans le cadre de la démarche QVT a amélioré son parcours d'intégration des nouveaux arrivants avec notamment une organisation bi-annuelle d'une journée des nouveaux arrivants, d'une remise exhaustive de documents informatifs (règlement intérieur, livret d'accueil, RGPD...) à tout nouveau salarié, création d'une grille d'aide à la conception d'un parcours d'intégration personnalisé, période de tutorat...
- Chaque salarié bénéficie, conformément à la réglementation, d'un entretien d'évaluation annuel ainsi que d'un entretien professionnel tous les 2 ans. Tous deux saisis sur la plateforme spécifique et sécurisée du groupe : « talent entretien ».
- Un référentiel métier a été créé par le groupe et alimente la plateforme des entretiens professionnels et annuels permettant de fixer des objectifs de compétences adaptés à chaque fonction.
- Un plan de développement des compétences est élaboré chaque année et tient compte des besoins de : la réglementation, des souhaits issus des entretiens des professionnels, des exigences de la certification, du plan d'action du DUERP, des besoins liés au développement des nouvelles activités, de la stratégie de l'établissement et du Groupe...
- Des communications régulières sont faites aux salariés pour inciter à l'utilisation de leur Compte Personnel de Formation (CPF) et pour leur proposer des opportunités de web-formation (MOOC).
- Une volonté de former et d'accompagner les managers a particulièrement été impulsée suite au projet « 1 collaborateur, 1 voix » mené par le groupe.
- Les promotions internes sont favorisées autant que possible et plusieurs ont eu lieu ces dernières années sur différents postes.

IV.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La mise en place de nouvelles activités/prises en charge (rTMS, Hôpital Sans tabac, Chromothérapie...) a induit des besoins d'adaptation et de développement des compétences qui ont été pris en compte et doivent continuer à l'être.

Le compte personnel de formation (CPF) est souvent sous-utilisé par les salariés, dans un contexte où le financement légal des formations tend à diminuer. L'établissement doit poursuivre l'information des salariés sur leur possibilité d'utilisation de leur CPF.

Le contexte sanitaire a impulsé le développement et la généralisation des formations en distanciel, qui présentent des avantages non négligeables en termes de praticité et surtout de coût. L'établissement pourrait être en mesure de proposer plus d'opportunités de formation en ayant recours à ce format.

Enfin, dans le cadre de la V2020, l'établissement doit veiller à la formation et l'accompagnement des managers, cet aspect devra être inclus dans le plan de développement des compétences sur les années à venir.

IV.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Former et accompagner les managers	DIRECTION	Nombre de formation proposée aux managers n'en ayant pas bénéficiée	1 0	1 0	1	1	1
Poursuivre la communication sur le compte personnel de formation (CPF)	DIRECTION	Nombre de communication sur le CPF/an	Min1 1	Min1 1	Min1	Min1	Min1
Continuer à prendre en compte l'ensemble des besoins pour construire le plan de développement des compétences	DIRECTION	Taux de salariés ayant bénéficié d'une formation/an	>50% 86.5%	>50% 75%	>50%	>50%	>50%
Exploiter l'opportunité des formations en distanciel	DIRECTION	Nombre de formation réalisée en distanciel quand l'option est possible	Min 1 >1	Min 1 >21	Min 1	Min 1	Min 1

V / EGALITE PROFESSIONNELLE POUR TOUS

La thématique « Egalité professionnelle pour tous » intègre notamment les notions de :

- Conciliation vie professionnelle et vie personnelle
- Aménagement des horaires
- Usage des outils de communication
- Egalité professionnelle Homme/Femme
- Pyramide des âges
- Prise en compte du handicap

V.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'axe I du volet « Social et RH » était d'« Accentuer la mise en œuvre du dispositif de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) afin de capitaliser sur les ressources humaines disponibles, de les définir, de les mobiliser, de les ajuster dans une logique de recherche permanente d'efficacité accrue ». Notamment : mieux organiser et adapter la réduction et l'aménagement du temps de travail et veiller à des règles équitables et transparentes dans la politique de recrutement.

L'axe II du volet « Social et RH » était de « Définir une politique sociale axée sur le développement durable, dans une logique de démarche partagée et mobilisatrice. » Notamment : promouvoir la non-discrimination à tous les niveaux de l'établissement, assurer un traitement égal entre toutes les personnes, faire respecter la diversité entre professionnels, signer la charte de la diversité.

Mais aussi : favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap, mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation sur le handicap, élaborer un diagnostic de la situation de la clinique en matière d'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, diminuer par nos actions en faveur des personnes en situation de handicap la part nominale de notre contribution obligatoire versée à l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées).

Parmi les actions entreprises :

- Mise en place d'aménagement du temps de travail (congés parentaux, temps partiels...)
- Signature d'un accord égalité Hommes/femmes avec notamment des aménagements possibles lors de la rentrée scolaire, garde d'enfant, rémunération...
- Embauche de salariés de tout âge.
- Accompagnement des salariés jusqu'à leur départ à la retraite.
- Accord collectif groupe sur le handicap (en vigueur du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2022).
- Le groupe Ramsay Santé organise chaque année, vers le mois d'octobre, une manifestation autour des handicaps appelée « Mission handicap ». Des affiches ont été mises en place dans l'établissement, totem à l'accueil, mise à disposition de flyers, stickers en forme de « pas » vers le service RH pour inciter le personnel à se renseigner, jeu de cartes...
- La clinique est signataire de la charte Diversité depuis 2018.
- Un café RH avait été organisé sur la diversité et la discrimination en 2017.

V.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

L'établissement participe au recueil de données permettant le calcul de l'index de l'égalité professionnelle. L'index, sur 100 points, se calcule à partir de 4 indicateurs :

- L'écart de rémunération femmes-hommes,
- L'écart de répartition des augmentations individuelles,
- Le nombre de salariées augmentées à leur retour de congé de maternité,
- La parité parmi les 10 plus hautes rémunérations.

Le résultat de cet index est publié sur le site internet de l'établissement, cependant, le nombre maximum de points pouvant être obtenus étant inférieur à 75, l'index n'est pas calculable

La clinique veille au respect de l'égalité hommes/femmes, dans un secteur d'activité très féminin où la réalité du marché de l'emploi ne permet pas toujours de favoriser un ratio hommes/femmes équilibré.

Une démarche RSE (responsabilité sociétale des entreprises) est en cours d'impulsion par le groupe Ramsay Santé, à laquelle l'établissement participera.

V.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Diminuer par nos actions en faveur des personnes en situation de handicap la part nominale de notre contribution obligatoire versée à l'AGEFIPH	DIRECTION	Taux salariés reconnus comme travailleurs handicapés ou équivalence prestataire	1% 0.11%	2% Chiffre non disponible à date	3%	4%	6%
Mettre en place des sensibilisations sur les handicaps avec l'intervention d'associations	DIRECTION	Taux de salariés sensibilisés.	20% 0%	30% 0%	50%	75%	100%
Ré-itérer la communication sur l'accord égalité Hommes/Femmes	DIRECTION et CSE	Nombre d'action de communication sur l'accord égalité Hommes/Femmes /an	Min 1 1	Min 1 NA	Min 1	Min 1	Min 1

VI / MANAGEMENT PARTICIPATIF, ENGAGEMENT

La thématique « Management participatif, engagement » intègre notamment les notions de :

- Connaissance de la stratégie, du projet d'entreprise
- Clarté des rôles
- Diffusion des procédures de travail
- Temps d'échanges sur le travail
- Transparence de la politique de rémunération
- Informations sur les changements

VI.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'axe I du volet « Managérial » était de « Favoriser le développement d'une approche managériale plus maîtrisée et plus souple ».

Notamment : inciter à la formalisation d'une charte de fonctionnement par service ou secteur d'activité, favoriser la généralisation des projets de service ou de secteur, communiquer périodiquement auprès des équipes et des instances sur l'état d'avancement des projets, inviter et inciter les équipes à l'autoévaluation et diffuser annuellement une synthèse de l'ensemble des projets de service.

L'axe II du volet « Managérial » était de « Donner à chaque collaborateur une vision claire de « l'entreprise clinique ».

Notamment : présenter périodiquement en Comité de Direction la synthèse de l'état d'avancement de la conduite des projets institutionnels, inciter chaque cadre de direction et responsable à relayer l'information obtenue en codir auprès de ses collaborateurs, favoriser la prise en compte et la mise en œuvre des décisions prises en comité de direction.

Mais aussi : inciter au recueil de l'opinion des agents et veiller à leur participation active dans la conduite des projets. (Dispositif enquête satisfaction interne, groupes projets, etc.), intéresser les collaborateurs à la vie de l'entreprise...

L'axe IV du volet « Social et RH » était de « Donner, pour chacun des acteurs, du sens à l'action dans la stratégie de la clinique ».

Notamment : Etablir des axes stratégiques clairs et compréhensibles et aider à comprendre les enjeux de ces stratégies.

Parmi les actions entreprises :

- Rédaction de chartes de fonctionnement par secteur d'activité
- Réalisation de bilans du projet de soins
- Mise en place de nombreux canaux de communication : réunions managériales, réunions de secteur, bannettes nominatives, notes d'information, emails dans les services, journal interne « Entre Nous » trimestriel ...
- Présentation des projets stratégiques en CODIR avec 3 thématiques cibles de CODIR en roulement : RH, Qualité et finances/pharmacie.
- Mise en place d'une boîte à idée dans le cadre du projet « 1 collaborateur, 1 voix ».
- Organisation d'un RETEX Covid avec diffusion d'un questionnaire aux salariés pour recueillir leur ressenti sur la gestion de crise et le travail d'équipe.

VI.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Le contexte sanitaire implique la communication de nombreuses informations compte tenu de l'ajustement constant des organisations. Les moyens de communication employés, améliorés et ajustés au fur et à mesure du temps, semblent permettre une bonne diffusion de l'information.

La mise en place de nombreux projets passés, présents et futurs font l'objet de l'implication et de l'information des salariés et doivent continuer à l'être. Les salariés sont notamment impliqués activement dans la rédaction de ce nouveau projet d'établissement.

VI.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Mettre à jour les chartes de fonctionnement	DIRECTION CCS	Taux de mise à jour des chartes	50% 0%	75% 0%	100%	100%	100%
Réaliser un bilan annuel du projet de soin avec communication aux équipes	CCS	Bilan réalisé/an	1 1	1 1	1	1	1

VII / DEVELOPPEMENT DURABLE / RSE

VII.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

L'axe II du volet « Social et RH » était de « Définir une politique sociale axée sur le développement durable, dans une logique de démarche partagée et mobilisatrice. »

Notamment : former sur les 3 années à venir les managers à la diversité, à la connaissance des risques psychosociaux, au handicap, poursuivre les actions du comité développement durable, sensibiliser les personnels à la préservation de leur environnement.

Mais aussi : développer les partenariats avec les organismes et les associations porteuses de projets, développer l'écoresponsabilité chez tous les salariés, former les personnels au recyclage et à la valorisation et au tri des déchets, promouvoir les actions éco-citoyenne.

Parmi les actions entreprises :

- Pilotage d'un comité Développement Durable depuis 2017 qui a permis la mise en place de plusieurs actions à visée écologique : amélioration du tri des déchets, de la consommation liée à l'éclairage, diminution des déchets non recyclables (vaisselle plastique), suivi des données de consommation énergétiques et d'impressions...
- Intervention de Tours (+) pour sensibiliser les salariés au recyclage.

VII.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

La Clinique Ronsard s'est engagée dans une politique « RSE » : Responsabilité Sociétale des Entreprises

Protéger l'environnement, adopter des attitudes responsables envers notre planète, nos collaborateurs sont des prérequis pour notre santé collective.

Notre démarche est dorénavant portée tant au niveau de la stratégie que dans le management de l'établissement. Notre politique, qui s'est construite sur les bases d'un diagnostic, est orientée sur 4 piliers.

-  Economique
-  Social
-  Environnemental
-  Sociétal

La politique RSE de l'établissement a été construite autour de l'autodiagnostic du « label de qualité THQSE, Très Haute Qualité Sanitaire Social et Environnementale. » réalisé en 2022 avec la société PRIMUM.

De manière générale, la Clinique Ronsard obtient un score de 72% et œuvre sur les 4 piliers du développement durable et de la RSE.

Une gouvernance et une stratégie robustes permettent d'impulser une dynamique déjà bien enclenchée et diffusée. Le pilier économique et le bien-être des patients et des collaborateurs semblent être placés au cœur de la démarche.

Le volet environnemental est implanté avec des nombreuses actions déployées pour maîtriser les consommations (énergie, eau), préserver la qualité de l'air et réduire les impacts (matières résiduelles).

La démarche pourrait être approfondie sur la santé environnementale en abordant les perturbateurs endocriniens, les champs électromagnétiques, les COV. Il paraît essentiel de se conformer à la réglementation et les prescriptions réglementaires sur les matières résiduelles.

Enfin, dans le cadre d'une démarche de RSE / de santé environnementale, il nous est préconisé de nous positionner en tant que prescripteur et influenceur auprès de ses parties prenantes externes afin de les entraîner dans une dynamique similaire à celle de la clinique.

VII.1 / OBJECTIFS ET AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS

VII.1 / PILIER ÉCONOMIQUE

Gouvernance

Fort d'une gouvernance et d'une démarche RSE robustes et complètes, la Clinique Ronsard se montre exemplaire sur ce pilier. La démarche est pilotée par le comité RSE et fait l'objet d'un plan d'action détaillé. La démarche RSE est intégrée au projet d'établissement 2022-2026. Trois référents RSE sont nommés : La directrice générale, la responsable qualité et le responsable technique, auxquels vient s'ajouter une IDE référent développement durable. Le comité se réunit à minima 4 fois par an et implique plusieurs salariés de la Clinique occupant des fonctions diverses.

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Assurer le pilotage de la démarche RSE	RAQ	Nombre de réunion par an	/	4 4	4	4	4

Achats

Le choix des fournisseurs est majoritairement réalisé par le siège Ramsay Santé qui est également pleinement impliqué dans une démarche RSE. Pour autant, la clinique a intégré la RSE à ses achats. Les achats responsables étant la clef de voûte du développement durable, il s'agit d'étendre et d'améliorer les pratiques en systématisant l'application des critères aux marchés et d'élargir le prisme aux volets social, sociétal et éthique.

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Veiller à appliquer des critères RSE dans les achats (environnement, éthiques, conditions de travail...)	Direction	Taux de nouveaux fournisseurs répondant à au moins un critère RSE	/	50% ?	75%	100%	100%

Qualité

L'économie circulaire (recyclage, matériaux récupérés pour les ateliers...) ainsi que l'écoconception des soins (filière cyclamed pour les médicaments) sont intégrées et celles-ci pourraient s'appliquer plus largement au sein de la clinique. L'impact des médicaments sur la santé et l'environnement est en partie maîtrisé avec la dispensation à la délivrance nominative des médicaments et l'accompagnement des patients dans la prise des médicaments.

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Intégrer des critères écologiques dans la réalisation des soins.	CCS	Nombre de « soins » ayant bénéficié d'une réflexion écologique	/	1 0	1	1	1

VII.2 / PILIER SOCIAL

Transports / Usagers / Collaborateurs / Bâtiments

La Clinique Ronsard se montre exemplaire sur ce pilier et particulièrement sur le volet portant sur l'accueil des usagers : confort, gestion des données, bien-être et restauration.

Concernant les collaborateurs : Dialogue entre collaborateurs et avec la hiérarchie favorisé sur la base de nombreux outils et espaces dédiés, parcours des nouveaux arrivants riche et structuré, cadrage et accompagnement de la vie professionnelle des collaborateurs structurés et complets pour développer les compétences de professionnels

Le bâtiment de la clinique présente des qualités en termes d'accessibilité. La construction datant de 2012, celui-ci présente certaines qualités au niveau environnemental et sur l'impact sur la Santé des collaborateurs. Sur l'aspect environnemental, la clinique souhaite développer des alternatives aux produits de nettoyage utilisés actuellement pour employer des solutions plus écologiques et respectueuses de la Santé.

Le document unique mis à jour annuellement implique les salariés et traitent de nombreux risques auxquels les salariés peuvent être exposés.

Concernant la restauration, la loi EGALIM impose une part au moins égale à 50% de produits de qualité et durables dont 20% de produits labellisés "AB" dans les repas servis en restauration collective privée d'ici le 1er janvier 2022. Ce sujet est à vérifier auprès du prestataire de restauration.

Enfin, il pourrait être bénéfique de travailler sur les déplacements des professionnels (domicile-travail), des fournisseurs et des usagers afin de réduire les impacts économiques, sociaux, environnementaux, sociétaux et sanitaires. La Clinique réalise toutefois déjà des communications régulières sur le dispositif Action Logement pouvant permettre de trouver un domicile plus proches et met à dispositions des abris à vélos adaptés sur le parking sécurisé de l'établissement.

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible					
			2022	2023	2024	2025	2026	
Déployer des solutions de nettoyage plus écologiques (suppression de l'usage unique, vapeur, produits ecolabellisés...)	Responsable technique	Nouvelles solutions de nettoyage mises en place	/		1 0			
S'assurer qu'ELIOR respecte la loi EGALIM	Direction	Taux de produits de qualité et durables	/	50% 18.19%	50%	50%	50%	
		Taux de produit labellisés « AB »	/	20% <20%	20%	20%	20%	
Mettre à disposition des salariés une borne de recharge électrique	Direction	Borne mis en place	/		1 0			
Sensibiliser les collaborateurs, les usagers et les autres parties prenantes aux risques liés aux perturbateurs endocriniens	Référent DD	Nombre de communication réalisée sur les perturbateurs endocriniens	/	Min1 1	Min1	Min1	Min1	

VII.3 / PILIER ENVIRONNEMENTAL

Air / Energie / Eau / Matières résiduelles / Biodiversité

La Clinique Ronsard démontre un bon investissement concernant la prise en compte de l'impact environnemental de l'établissement. La clinique s'est particulièrement mobilisée sur les thématiques suivantes : qualité de l'air intérieur et optimisation de la consommation de l'énergie et de l'eau. L'utilisation d'une énergie renouvelable avec la géothermie doit être soulignée.

Les actions menées pour préserver la biodiversité mériteraient d'être communiquées auprès des parties prenantes, ce qui ferait office de sensibilisation à la thématique. Un travail est en cours à ce sujet dans le jardin de permaculture en HDJ. Pour aller plus loin dans cette démarche vertueuse, des actions complémentaires pourraient être envisagées :

- en sensibilisant les collaborateurs à la qualité de l'air intérieur. L'article 180 de la loi Grenelle 2 oblige certains ERP à surveiller la qualité de l'air intérieur. Les établissements sanitaires ne sont pas encore concernés mais il pourrait être intéressant d'anticiper cette obligation.
- en initiant une démarche d'amélioration de la qualité des effluents. Sur ce point, l'organisation a l'obligation d'établir une convention de déversement des eaux usées avec sa commune.
- Enfin, la thématique des matières résiduelles devrait être investiguée pour se conformer aux filières réglementaires (tri des 7 flux) et aux prescriptions réglementaires (traçabilité, contrôle, formations).

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Mener une campagne de sensibilisation sur les risques liés à la qualité de l'air intérieur auprès des collaborateurs (campagne d'éco-gestes d'amélioration de la qualité de l'air intérieur)	Référent DD	Nombre de communication réalisées sur la qualité de l'air intérieur	/	Min1 1	Min1	Min1	Min1
Vérifier que seuls les déchets issus des activités de soins présentant un risque infectieux sont jetés dans les DASRI (exclusion du critère souillé)	Référents hygiène	Nombre d'audit DASRI réalisé	/	1 1	1	1	1
Mettre en place un potager propice à la biodiversité dans le parc	RUS Animatrice	Potager mis en place	/	1 1			
Mettre en place le recyclage des bouchons	Référent DD	Nombre de collecteur opérationnel	/	Min 1 4			

VII.4 / PILIER SOCIÉTAL

Parties prenantes externes / Territoire / Communication

La Clinique Ronsard dialogue avec l'ensemble de ses parties prenantes internes et externes. Dans sa responsabilité sociétale, une organisation peut exercer son influence auprès de ses parties prenantes externes pour les entraîner dans la même dynamique.

La communication externe pourrait être initiée en incluant la responsabilité sociétale et la santé environnementale.

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Mener des campagnes de sensibilisation au développement durable (Semaine de développement durable par exemple)	Référent DD	Nombre de campagnes de sensibilisation sur le développement durable réalisées	/	Min1 1	Min1	Min1	Min1
Réaliser des informations RSE dans le « Entre nous »	RAQ	Nombre de « Entre Nous » abordant une thématique RSE	/	Min1 1	Min1	Min1	Min1

PROJET FINANCIER ET STRATEGIQUE

I / EVALUATION DU PROJET 2017-2021

I.1 / AXE 1

- Les procédures budgétaires groupe sont respectées
- Les différents coûts de fonctionnement sont analysés dans le cadre du contrôle de gestion

I.2 / AXE 2

- La taille de la structure et l'organisation en place n'ont pas nécessitées la définition de business unit.
- Les tableaux de bord groupe sont disponibles après la clôture mensuelle.
- Les éléments budgétaires en termes d'objectifs sont transmis aux personnels encadrants et responsable de service.

I.3 / AXE 3

- Les indicateurs non financiers sont abordés au sein des comités ou commissions ad hoc

I.4 / AXE 4

- L'information médicale est un sujet prioritaire pour le groupe qui fait l'objet d'un accompagnement des TIM et d'un suivi des résultats depuis 2020. Les médecins sont associés à cette nécessaire exhaustivité.

I.5 / AXE 5

- Les salariés sont impliqués dans la performance lors des réunions de service ainsi que les représentants du personnel.
- Un programme d'investissement pluriannuel (5 ans) est réalisé et permet d'anticiper la maintenance et l'entretien des bâtiments

I.6 / AXE 6

- Les équipes sont impliquées dans la vie quotidienne de l'établissement et ont des informations fiables et éclairées par le biais des instances, comités et commissions.

I.7 / AXE 7

- Les clôtures mensuelles, bi-annuelles, permettent un suivi des indicateurs fiable.
- Les taux d'occupation sont suivis via TEAMS pour le groupe et via un fichier excel en interne.

II.1 / OBJECTIF GLOBAL

Garantir la trajectoire financière de la Clinique grâce à une gestion saine et une organisation efficiente.

II.2 / AXE 1 : CONSOLIDER LA POLITIQUE FINANCIERE

II.1 / LES ENJEUX DE LA REFORME TARIFAIRE

La réforme tarifaire qui devait prendre effet au 1^{er} janvier 2021 a été reportée au 1^{er} janvier 2022. Elles s'inscrivent dans une volonté de converger à une tarification à l'activité en psychiatrie.

Les objectifs de la réforme :

- Gommer les inégalités régionales ;
- Accélérer le virage ambulatoire ;
- Rapprocher les financements publics et privés.

Elle est scindée en deux blocs principaux :

- Un compartiment populationnel (adultes et ados) ;
- Un compartiment à l'activité.

Nous avons inscrit cet élément dans le projet médical afin de travailler nos prises en charge avec un axe renforcé sur le devenir du patient dès son admission.

• OBJECTIF

- mettre en place les outils d'aide à la préparation du devenir
 - *Mise à jour 2024 : Budget groupe et capex groupe en mars afin d'anticiper les réformes. Reporting et stats mensuels d'activité. Clôture annuelle au 30 juin N. .*

• INDICATEURS

- outils en place – suivi de la DMH

II.2 / LE PROGRAMME PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT

- Les investissements font l'objet d'un programme pluriannuel en matière de maintenance.
- Le projet est élaboré en concertation avec les équipes au regard des besoins.

• OBJECTIF

- Respecter le budget alloué - Assurer le maintien des équipements et investir pour entretenir.
 - *Mise à jour 2024 : Budget alloué respecté, maintien des équipements et investissements faits.*

• INDICATEUR

- suivi reporting finance groupe – suivi reporting CAPEX

II.3 / LA MISE EN PLACE DE LA PLATEFORME COMPTABLE ET RH A CERGY – PEGASE

- Reprise de la compta auxiliaire ;
- Reprise des relances ;
- Gestion de la réception et remise en paiement des factures fournisseurs ;
- Alimentation du fichier CAPEX
- Gestion de la paie (hors dépouillement)
 - *Mise à jour 2024 : Reprise des relances en février 2023.*

II.4 / VALORISER LES ACTIVITES MEDICALES ET LA RECHERCHE

- OBJECTIF

- Optimiser le codage pour une exhaustivité du RIMP : suivi siège avec les TIM
 - Rechercher une exhaustivité des informations médicales dans le dossier patient
 - Accompagner les équipes pour l'alimentation du dossier en termes de soins paramédicaux
 - Déployer une activité de recherche en Chromothérapie
 - *Mise à jour 2024 : mise en place d'un recueil mensuel en psychiatrie dès 2023 : suivi équipe DIM siège avec les TIM*
-

- INDICATEUR

- complétude du RIMP – projet de recherche en cours
-

II.5 / POURSUIVRE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION DES COMPTES

L'établissement a ses comptes certifiés depuis l'ouverture et s'est engagé dans une démarche de certification des comptes qu'il poursuit depuis.

- *Mise à jour 2024 : démarche de certification des comptes annuels poursuivie.*

II.3 / AXE 2 : LE DEVELOPPEMENT DES ACTIVITES AMBULATOIRES

II.1 / OBJECTIF

Faire progresser les activités en ambulatoire avec un accueil en HDJ des patients bénéficiant de séances de rTMS.

- *Mise à jour 2024 : activité développée depuis 18 mois, mais nous avons orienté nos prises en charge différemment. Les séances se font principalement en ambulatoire désormais..*
-

II.2 / INDICATEURS

nombre de patient jour / mois / année pris en charge sur 44 semaines

II.4 / AXE 3 : DEPLOYER DE NOUVELLES ORGANISATIONS PLUS INNOVANTES ET PLUS EFFICIENTES

- La rTMS
 - *Mise à jour 2024 : rTMS développée depuis 18 mois.*
- La Chromothérapie
 - *Mise à jour 2024 : La procédure est en cours de validation avec démarrage de l'inclusion de patient*

PROJET SYSTEME D'INFORMATION

I / ORGANISATION

Au sein du groupe Ramsay Santé, le système d'information au sens informatique du terme est piloté par la Direction des Systèmes d'Information (DSI) au niveau du siège. Sur le secteur de la Santé Mentale, le prestataire TIBCO assure le rôle de support technique. A l'échelle de l'établissement, le correspondant informatique local assure le relais entre le terrain, TIBCO et la DSI.

La Direction des Systèmes d'Information remplit quatre grandes missions :

- Mettre à la disposition des utilisateurs en établissement et au siège les services informatiques qu'ils utilisent dans leurs activités ;
- Informatiser les processus métier ;
- Faciliter l'appropriation des outils par les utilisateurs, guider leurs choix de matériel et résoudre les incidents ;
- Gérer le portfolio des projets « SI ».

► **Mettre à la disposition des utilisateurs les services informatiques**

La DSI garantit la bonne exploitation des systèmes existants, des réseaux, les maintient et les fait évoluer. Ceci consiste en la coordination et la réalisation de toutes les activités et processus nécessaires pour produire les services aux utilisateurs et garantir les niveaux de disponibilité, de capacité, de sécurité et de continuité. En synthèse, l'objectif de l'exploitation est d'assurer le bon fonctionnement de ces services au jour le jour.

► **Informatiser les processus métiers**

La DSI assiste également les acteurs du Groupe à exprimer leurs besoins. Une fois formalisés, ils servent de base à la conception et la réalisation des futures solutions mises en œuvre. La DSI assure ensuite leur mise en production et leur exploitation (cf. § précédent) conformément aux exigences prévues dans le projet.

► **Faciliter l'appropriation des outils et résoudre les incidents**

La DSI aide les utilisateurs au quotidien sous trois formes. Elle répond d'abord à leurs questions sur le fonctionnement des outils afin qu'ils réalisent correctement les opérations souhaitées. La DSI leur fournit aussi des conseils lorsqu'ils doivent acquérir du matériel ou des solutions logicielles et les aide à faire le bon choix dans le catalogue de références.

Enfin, elle gère :

- les différentes demandes des utilisateurs pour améliorer les systèmes en place et
- les incidents afin que les opérations puissent reprendre au plus tôt leurs cours habituel.

► **Gérer le Portfolio des projets « Systèmes d'Information »**

La DSI a également pour mission de gérer le portefeuille de projets. Ceci est réalisé par :

- le pilotage et la sécurisation des projets
- le soutien, la formation et le conseil aux chefs de projet
- le guide et les outils de gestion de projets (incluant, entre autre, le processus d'arbitrage des demandes de projet pour valider les lancements de projet, le processus d'arbitrage et d'allocation et des ressources et le processus d'arrêt des projets)
- le reporting (incluant le suivi budgétaire) vers la Direction et les chefs de projet
- la bibliothèque de bilans de projets (pour l'amélioration continue des outils de gestion de projets).

Les contributions

Outre l'efficacité inhérente à une informatisation réussie, la DSI permet au groupe Ramsay Générale de Santé de se conformer à la réglementation en vigueur.

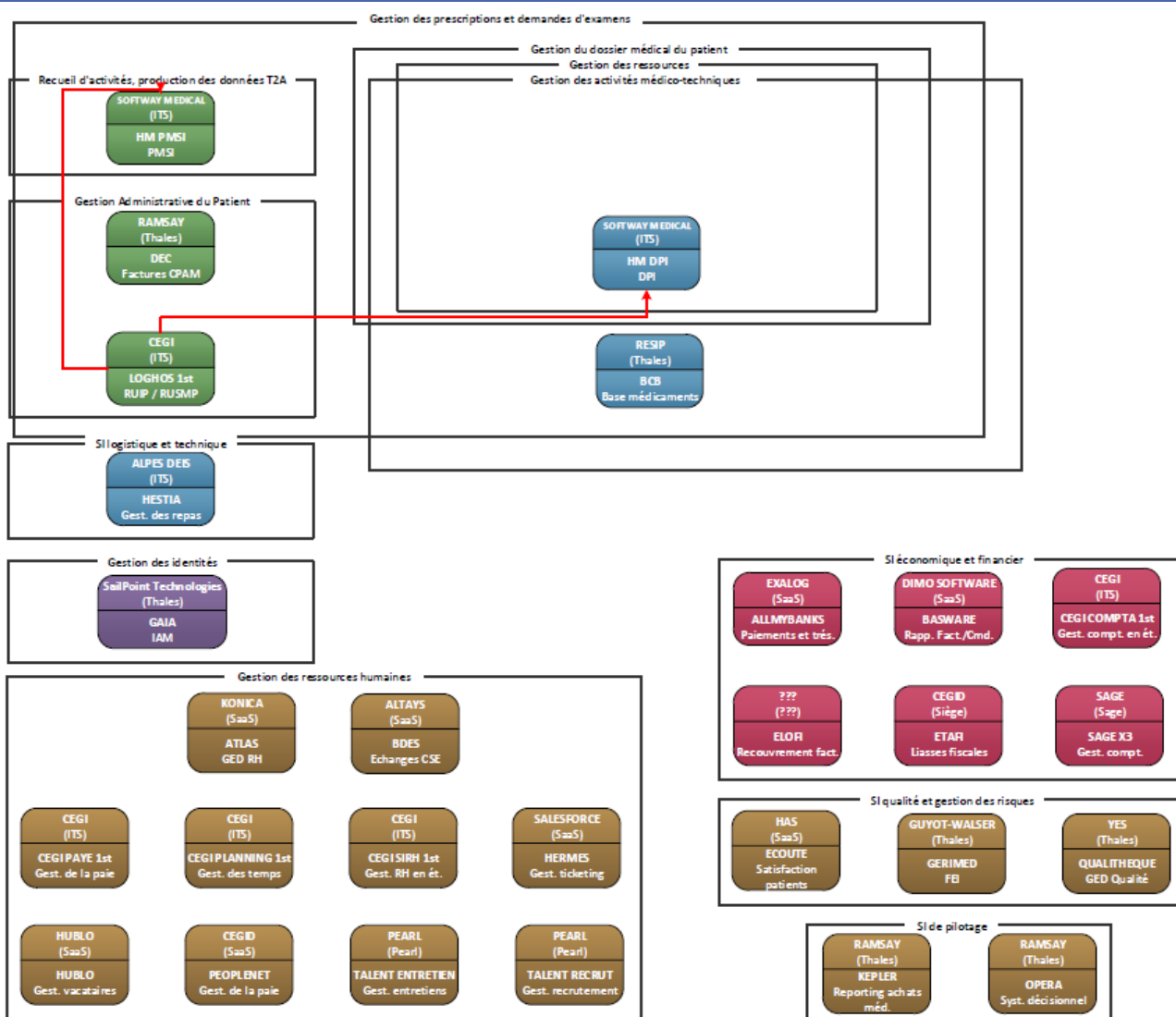
Pour certains processus, dont par exemple la prescription des médicaments, le Groupe est engagé avec nos autorités de santé dans une trajectoire d'informatisation. La DSI participe donc, comme d'autres directions, à la pérennité de l'activité du Groupe en contribuant à cet objectif.

Grâce à sa compréhension des innovations informatiques, pertinentes dans le contexte de notre Groupe, la DSI ouvre de nouvelles possibilités d'actions aux différentes directions.

À terme, les outils mis en place permettront de renforcer les liens avec les patients, aussi bien avant leur arrivée, avec par exemple la mise en place d'un espace Internet leur permettant de gérer leur admission, qu'après leur départ, en recueillant des données ou des avis sur la qualité du séjour.

La DSI, à travers les services qu'elle propose, joue donc un rôle majeur dans la création d'une relation privilégiée propice à fidéliser les patients actuels et futurs mais aussi en faire des ambassadeurs Ramsay Santé auprès de leur entourage.

II / CARTOGRAPHIE APPLICATIVE



III / SCHEMA DIRECTEUR SI AU SEIN DU GROUPE RAMSAY SANTE

Début 2022, la Direction des Systèmes d'Information et de la Transformation Numérique s'est lancée dans la mise en place d'un schéma directeur SI au sein du groupe Ramsay Santé. Le Schéma Directeur SI – ou SDSI – est une démarche visant à décrire la manière dont le groupe va déployer les Systèmes d'Informations et fournir les services qui permettront de répondre aux objectifs de l'entreprise. Le livrable est un document qui précise les axes stratégiques SI et consigne la feuille de route des principaux projets, les adaptations nécessaires de l'organisation et des processus, les budgets et autres éléments structurants liés au SI.

Un schéma directeur, pourquoi ?

Après une longue période consacrée à la mise en œuvre de différentes nouvelles applications, tels que le Dossier Patient Informatisé (DPI), la Gestion Administrative du Patient (GAP), les systèmes RH, financiers, le reporting, etc., il est nécessaire aujourd'hui de reconstruire un certain nombre de fondations et d'aborder le SI dans son ensemble, avec une approche long terme et durable. Ce schéma directeur s'inscrit dans la démarche du plan stratégique « Yes We Care 2025 » en déclinant les objectifs et ambitions de l'entreprise sur les Systèmes d'Information.

Il fournit une feuille de route assez complète, sur plusieurs années, à laquelle chacun peut se référer. Sa mise en œuvre permet au groupe de répondre à ses ambitions en termes de digital. Les utilisateurs, quant à eux, y trouveront des améliorations et nouvelles applications, séquencées dans le temps, ainsi que la cible par périmètre fonctionnel. En d'autres termes, cette démarche définit précisément et de manière lisible la stratégie informatique des prochaines années, et la manière de la mettre en œuvre.

La stratégie IT s'articule autour de 3 axes principaux :



IV / HOPITAL NUMERIQUE - HOP'EN

IV.1 / BILAN DU PRECEDENT PROJET

Le précédent projet SI avait fixé l'accès à l'informatisation médicale comme une priorité majeure.

La clinique a informatisé une partie de ses flux depuis les années 2000 :

- La partie administrative du dossier patient, autrefois géré via Hôpital manager (HM) est aujourd'hui géré sur LOGHOS FIRST depuis 2016.
- Le dossier médical est géré sur Hôpital Manager depuis 2011.
- La gestion informatisée des événements indésirables via l'application Géri-med depuis fin 2007.
- La gestion documentaire informatisée via le logiciel Qualithèque depuis 2019.
- Le déploiement du logiciel Hestia (gestion des commandes repas et des régimes) en 2013.

Cinq priorités fonctionnelles étaient à développer dans le cadre de la programmation du SIH (Système d'Information Hospitalier) :

- Supprimer totalement le papier dans le cadre du DMP : permettre le scan des examens complémentaires / 2017 ;
Les éléments exclusivement « papiers » du dossier patient sont à ce jour peu nombreux. Certains documents ne peuvent pas être complètement dématérialisés à ce jour (notamment ceux nécessitant la signature du patient). Tous les documents d'admission sont numérisés dans HM grâce à des scanners mis en place en 2019. La liaison entre HM et le DMP du patient (quand il existe) est effective depuis 2021. Le DMP est consultable si le patient a donné son consentement. La Clinique transmet la lettre de liaison à la sortie dans le DMP. La bascule des examens complémentaires dans le DMP est de la responsabilité des établissements où ont lieu ces examens.
- Obtenir une passerelle pour le déploiement Hestia en hospitalisation de jour et de nuit / 2017 ;
Hestia est déployé en HDJ et HDN depuis 2017.
- Déployer la mise en place du lecteur carte vitale en gestion administrative et du lecteur CB / 2016 ;
Dans le cadre de la mise en place du DMP, des lecteurs de carte vitale/CB sont mis en place aux admissions d'hospitalisation complète ainsi qu'à l'accueil. La mise en place en hospitalisation de jour/nuit reste à faire.
- Mettre en place la passerelle pour la récupération des examens laboratoire analyse / 2017 ;
La clinique a contractualisé avec le Laboratoire Cerballiance en fin d'année 2021. La passerelle est actuellement en cours de déploiement.

IV.2 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Lancée en 2011, la stratégie hôpital numérique définissait un plan de développement et de modernisation des SIH et avait pour but de fixer des priorités et des objectifs à 6 ans, en mobilisant tous les acteurs concernés et en accompagnant les établissements de santé dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication.

En 2018, le programme HOP'EN « Hôpital numérique ouvert sur son environnement », a pris le relai de la continuité des actions impulsées par hôpital numérique.

Le programme HOP'EN s'inscrit pleinement dans la politique du numérique en santé et la feuille de route « Accélérer le virage numérique » présentée par la Ministre le 25 avril 2019 et en constitue l'action 19 : soutien à l'évolution des systèmes d'information hospitaliers avec le programme HOP'EN.

Ce programme s'inscrit également dans le cadre du grand plan d'investissement (GPI), et de son initiative 23 : accélérer la transition numérique du système de santé et son volet « numériser les hôpitaux et leur environnement ».

Il poursuit les efforts engagés par les établissements de santé dans leur transformation numérique et leur modernisation et a comme ambition d'amener - d'ici 2022 - les établissements de santé, quels que soient leur statut, leur taille et leur activité, à un palier de maturité de leur système d'information, nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux de décloisonnement du système de santé et de rapprochement avec les patients.

Ce programme se décline en un plan d'action, comprenant 7 leviers opérationnels complémentaires et 21 engagements opérationnels permettant aux établissements d'atteindre le socle de maturité et ces nouvelles ambitions sur les cinq prochaines années.

La Clinique Ronsard, en 2021, est déjà pleinement ou en partie opérationnelle sur certains critères du programme HOP'EN.

Les principaux objectifs du programme HOP'EN sont :

- faciliter le partage des données hospitalières ;
- développer les liens entre l'hôpital et ses partenaires, notamment la ville et le médico-social ;
- offrir aux patients de meilleurs services numériques, plus performants et plus sécurisés ;
- harmoniser les services numériques des hôpitaux sur un même territoire ;
- renforcer le socle de maturité des hôpitaux en matière de sécurité du système d'information ou encore de l'identité patient unique.

IV.3 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Mettre en place la liaison au DMP en HDJ/HDN	RAQ RUS HDJ	Taux de patient possédant un DMP dont la LLS a été transmise dans le DMP en HDJ et HDN	80% 96%	90% 67%	100%	100%	100%
Mettre en place la passerelle laboratoire/HM	DSI	Taux d'examens biologiques basculés dans le dossier patient	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Poursuivre le déploiement de LIFEN	RAQ	Taux de lettres de liaison à la sortie envoyées via LIFEN	50% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Intégrer l'INS patient dans le dossier patient informatisé	RAQ	Taux de lettre de liaison intégrant l'INS patient	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Assurer la complétude et la mise à jour du ROR	Directrice générale RAQ	Taux de mise à jour du ROR	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
		Taux de complétude du ROR	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%

V / RISQUES NUMERIQUES – SECURITE INFORMATIQUE

V.1 / CONSTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Les risques numériques étant de plus en plus importants dans les établissements de santé, la Clinique, en lien avec la DSI, doit veiller à mettre en place l'ensemble des points suivants :

- un plan d'action de continuité des activités ;
- la mise à jour des logiciels ;
- la continuité de l'activité et son mode dégradé ;
- la cybersécurité ;
- la modification régulière des mots de passe.

L'ensemble des professionnels doit être sensibilisé pour renforcer l'implication des acteurs et la vigilance collective.

La stratégie de maîtrise des risques numériques est pilotée par la DSI. L'établissement veille à mettre en œuvre toute action initiée par celle-ci : Changement de matériel, déploiement de mise à jour, déploiement du chiffrement des disques durs, communication auprès des professionnels, application de bonnes pratiques...

Cette démarche se fait conjointement avec celle de mise en conformité vis-à-vis du Règlement Général de Protection des Données (RGPD) impulsée par le Délégué de Protection des Données du siège et mise en œuvre par le correspondant RGPD de l'établissement.

V.2 / OBJECTIFS ET AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES

Objectif	Pilote	Indicateur	Cible				
			2022	2023	2024	2025	2026
Sensibiliser les salariés à la sécurité informatique et au RGPD	REFERENT SI	Taux de salariés sensibilisés à la thématique	100% 100%	100% 100%	100%	100%	100%
Réaliser un rapport annuel d'activité du correspondant RGPD	CORRESPONDANT RGPD	Nombre de rapport d'activité du correspondant RGPD rédigé/an	1 1	1 1	1	1	1

CONCLUSION

Ce projet est le fruit d'une année de réflexion et de concertation. Il a permis à chacun de prendre conscience des enjeux futurs et d'envisager les prochaines années avec une feuille de route claire et précise.

Nous avons la visite de certification en 2024 (V2020) qui nous guide dans les différents objectifs que nous avons fixés. Nous nous attacherons à éclairer chacun et à donner le sens nécessaire aux actions qui seront menées dans les prochaines années.