

PROJET D'ETABLISSEMENT 2011-2015



Le présent projet d'établissement a été
arrêté par le conseil d'administration de
l'établissement de la Teppe, sur avis
conforme de la CME & du Comité d'entreprise
le 28 Janvier 2011

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	5
2	GENERALITES	9
2.1	Rappel	11
2.2	Lits autorisés	13
2.3	Organigramme	14
2.4	Répartition du temps médical	15
2.5	Budgets	15
2.6	Répartition comptabilité analytique	15
3	LE BILAN DU PROJET ETABLISSEMENT 3	17
4	LE PROJET MEDICAL	21
4.1	Méthode et méthodes	22
4.2	Bilan du projet médical 2005-2009	25
4.3	Le projet médical 2011-2016	50
5	LE PROJET DE SOINS	75
5.1	Principes généraux	77
5.2	Le soin au Centre de lutte contre l'épilepsie	79
5.3	Le soin au pôle de prise en charge psychiatrique	86
5.4	Objectifs opérationnels	94
6	LE PROJET SOCIAL	95
6.1	Principes généraux	97
6.2	Articulation avec le projet III	97
6.3	Gestion prévisionnelle des effectifs	98
6.4	Recrutement et intégration des nouveaux salariés	99
6.5	Savoirs faire, organisation du travail & besoins des résidents	100
6.6	Santé au travail	103
6.7	Accompagnement des actions du projet social	104
6.8	Objectifs opérationnels	105
7	LA POLITIQUE QUALITE	107
7.1	Bilan des actions mises en œuvre suite à la visite 2007	109
7.2	Le bilan du projet qualité 2006-2010	109
7.3	Le projet qualité 2011-2015	111
7.4	Objectifs opérationnels	118
8	LA GESTION DES RISQUES	119
8.1	L'organisation	120
8.2	La Méthodologie d'analyse des risques	121
8.3	Objectifs opérationnels	124

9	LE DEVELOPPEMENT DURABLE	125
9.1	Le contexte général	126
9.2	L'évolution récente	126
9.3	La Teppe et le développement durable	127
9.4	Objectifs opérationnels	134
10	LE SCHEMA DIRECTEUR DE L'INFORMATION	135
10.1	Les orientations du Schéma Directeur 2004-2010	136
10.2	Bilan du Schéma Directeur	137
10.3	Les orientations majeures du SDSI 2011-2015	138
10.4	Objectifs Opérationnels	139
11	LES INFRASTRUCTURES	141
11.1	Achèvement des opérations prévues au projet 3	142
11.2	Réaliser les actions prévues dans le projet médical	143
11.3	Améliorer les infrastructures	144
11.4	Objectifs opérationnels	144
12	LA SYNTHESE FINANCIERE	145
12.1	OBJECTIFS OPERATIONNELS	147
12.2	INVESTISSEMENT	149
12.3	EXPLOITATION	150
13	CONCLUSION	151
14	ANNEXES	155
14.1	TABLE DES HORS TEXTES	157
14.2	PLAN MASSE	159

1 INTRODUCTION

Fort d'une tradition plus que centenaire, l'Etablissement Médical de la Teppe s'efforce de s'adapter en permanence et avec souplesse aux demandes des médecins ou des établissements adresseurs, il s'attache à proposer une prise en charge adaptée et personnalisée aux patients. En effet, à l'exception de la neurochirurgie, il assure dans ses différentes sections médicales relevant de la loi hospitalière ou médico-sociales relevant de la loi de 2002 un panel complet de prises en charge de la personne épileptique.

Le projet d'établissement développé dans les pages qui suivent prend la suite du troisième projet d'établissement qui a couvert les années 2006/2010.

Comme ses prédécesseurs, il trouve son origine dans le dispositif de la loi du 31/07/1991 qui prévoit l'obligation pour les établissements de rédiger un projet d'établissement qui définit notamment les objectifs généraux de l'établissement dans le cadre de son projet médical et des moyens à mettre en œuvre pour sa réalisation

Il la trouve également dans l'ensemble des réflexions menées depuis plusieurs années au sein de l'établissement que ce soit au sein des structures officielles (CE. & CME.) ou au sein de groupes non formalisés (contributions des services et du service social en particulier).

Tel qu'il est ce document s'efforce d'échapper à deux écueils:

- ☞ D'une part rester dans le domaine de la simple description de l'existant et d'imaginer que l'établissement puisse rester immobile dans un monde en évolution rapide.
- ☞ D'autre part s'abandonner aux rêves de projets idéaux sans lien avec la réalité des financements disponibles et dont la réalisation ne pourrait de ce fait à l'évidence être que problématique.

Nous avons voulu ce document bref et concis. Outre la volonté de préserver la patience de ceux qui auront à nous lire, la raison de cette brièveté est de produire un projet centré sur les seuls axes stratégiques et donc d'élaguer au maximum tout ce qui ne nous a pas paru essentiel.

Enfin il convient de préciser que ce document se cantonne aux seules sections relevant du secteur sanitaire; les sections relevant du secteur médico social doivent désormais produire des projets d'établissement qui seront soumis séparément aux autorités de contrôle.

SECTEUR	POLE	ACTIVITE	UNITES
HOSPITALIER	EPILEPSIE	bilans et adaptation	UON EEG Vidéo C.externes neuro
		réinsertion	U. insertion
		épilepsie et troubles psychiques	S.LUC L.larnage
		épilepsie et handicaps associés	S.joseph S.andré
	PSYCHIATRIE	hospitalisation	cerisaie
		consultation	C.externes psych.
réseau d'activité		Psychiatrie & périnatalité	
MEDICO SOCIAL	P. AGEES	Etablissement hebergement P.âgées dépendantes	EHPAD de l'Hermitage EHPAD l'île fleurie
	A. HANDICAPES	Foyer ESAT	
		Service accompagnement à la vie sociale	
		Foyer accueil médicalisé	le patio l'arc en ciel
		Maison accueil spécialisée	
	TRAVAIL PROTEGE	Etablissement d'aide par le travail	
Entreprise adaptée			

Figure 1 – Les différentes activités -en rouge le périmètre du présent projet (E médical)-

2 GENERALITES

2.1 Rappel

Le centre de soins de LA TEPPE a été fondé en 1856. Dédié dès son origine aux soins et à la prise en charge des malades épileptiques, il est à ce titre le plus ancien établissement d'Europe dans son domaine.

Il fut géré successivement par une personne privée (M. le Comte de LARNAGE) de 1856 à 1859, par une congrégation religieuse (la compagnie des filles de la Charité) de 1859 à 1975 et enfin depuis 1975 par une association relevant de la loi de 1901.

Uniquement voué à l'épilepsie à son origine l'établissement s'est peu à peu diversifié par l'ouverture:

- ☞ d'une clinique psychiatrique depuis 1955
- ☞ de lits de MAS depuis 1986
- ☞ de places d'ESAT depuis 1986
- ☞ de lits de foyer annexé à l'ESAT depuis 1986
- ☞ de lits d'EHPAD depuis 1989
- ☞ de lits de FAM depuis 1994
- ☞ de places d'Entreprise adaptée depuis 1999
- ☞ de SAVS depuis 2002

...qui voisinent aujourd'hui avec les lits du centre de lutte contre l'épilepsie (CLE). A l'exception des lits de psychiatrie et d'EHPAD dont la clientèle est différente (cf. infra), ces sections nouvelles ont été créées pour accueillir des personnes épileptiques provenant en particulier du CLE, dont l'épilepsie demeure importante mais qui ne relevaient plus de soins actifs mais de structures médico-sociales plus ou moins médicalisées. De ce fait les lits et places de ces sections accueillent aujourd'hui principalement des personnes atteintes d'épilepsie.

Malgré le poids de l'histoire, La Teppe a toujours cherché à s'adapter aux évolutions de la société, de la médecine et des attentes des patients : plus de 70% de l'activité actuelle sont réalisés dans des activités qui n'existaient pas il y a 25 ans.

Le présent projet ne concerne que la partie de l'établissement relevant du secteur sanitaire. Toutefois lors des discussions préliminaires à l'approbation du projet d'établissement 3, la représentante de l'ARH avait demandé que soit intégré dans le document un certain nombre d'informations resituant la partie sanitaire au sein de la totalité de l'établissement. Nous reprenons donc ci dessous les éléments produits dans le projet 3 dument actualisés.

▪ *La Teppe comme institution*

Institution en effet, car la longévité lui a conféré une très forte visibilité et une reconnaissance indéniable pour tous les acteurs. Institution aussi car La Teppe, c'est une communauté d'acteurs engagés dans la vie de l'établissement mais aussi dans des instances et des associations nationales dédiées à l'épilepsie.

Fort de cette histoire, d'un rayonnement national et de l'engagement de tout un chacun, l'établissement rassemble autour de lui par les valeurs qu'il a su développer: une prise en charge globale et multidisciplinaire, fondée sur la recherche de la réinsertion médico socio professionnelle des patients et une volonté ancienne de jouer la carte du partenariat. Par nécessité, mais aussi par conviction, La Teppe est fondé ontologiquement sur le mode réseau en articulant ses prises en charge avec des adresseurs venant de toute la France.

Réseau mais aussi gestion polaire, car sous le terme générique de La Teppe (qui peut laisser supposer un fonctionnement simple et homogène) se cache en réalité une multitude en mouvement. La Teppe -pour la seule partie hospitalière-ce sont deux segments d'activité: un pôle de prise en charge de l'épilepsie invalidante qui cache lui-même trois types d'activité (une activité sur le territoire de santé, des collaborations régionales, une activité à recrutement national), et - depuis maintenant près de cinquante années - un pôle de prise en charge psychiatrique des troubles thymiques. Ces unités voisinent et travaillent comme on le verra ci dessous avec des sections médico sociales, réalisant dans la pratique depuis plusieurs années l'articulation sanitaire médico sociale aujourd'hui particulièrement d'actualité.

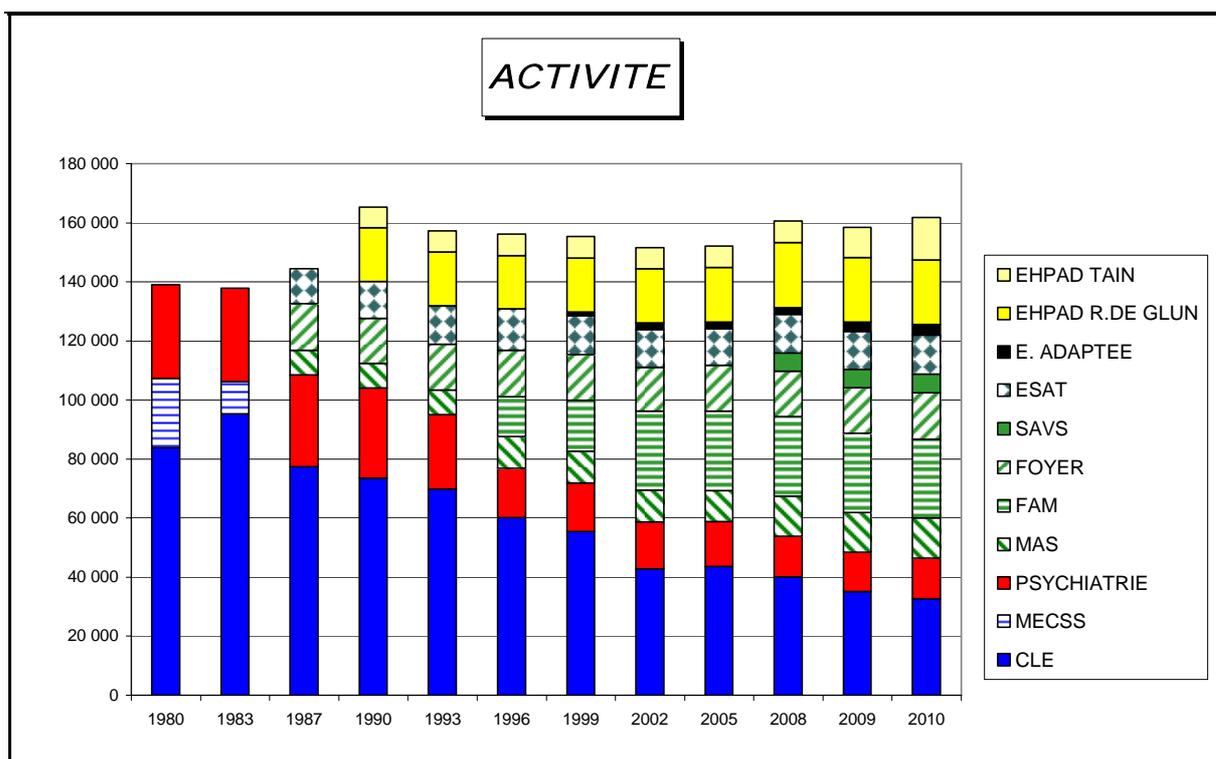


Figure 2 - Evolution de l'activité

2.2 Lits autorisés

A ce jour la situation se présente ainsi:

SECTIONS	2010
CLE	117
PSYCHIATRIE	50
TOTAL SANITAIRE	167
E. adaptée	17
ESAT	65
FOYER de l'ESAT	50
FAM	80
MAS	39
EHPAD	103
SAVS	17
TOTAL MED.SOCIAL	371
TOTAL	538

Figure 3 - Capacités autorisées 2010

2.3 Organigramme

SECTIONS	ETP
ADMINISTRATION	31.5
SOINS	155,75
MEDECINS	9,36
SECRET.MEDICAL	7,50
B.MEDICAL	17,55
S. TECHNIQUES	9,50
LINGERIE.CENTRALE	1.00
CUISINE	15.00
Total Sanitaire	247.16
FAM	59,50
MAS	33,75
FOYER	18,50
ESAT	7,50
EHPAD la roche	31,60
EHPAD TAIN	29,05
SAVS	1.00
A. PROTEGE	18.00
Total Médico-social	198,90
TOTAL	446,16

Figure 4 - Effectif total

On rappellera pour mémoire que les fonctions administration, cuisine, entretien etc. sont centralisées sur le budget sanitaire qui enregistre en contrepartie en recettes le remboursement par les budgets annexes des charges engagées. De ce fait il y a lieu de considérer que ces postes sont en fait pour partie financés par les budgets annexes et qu'il y a donc lieu de les déduire dans le calcul des postes affectés au budget principal.

A. générale	S. Techniques	Blanchisserie	cuisine	P. technique et clinique
31.5	9.5	1	15	34.75

Figure 5 - Effectifs sections communes

2.4 Répartition du temps médical

La répartition du corps médical pour la partie sanitaire est la suivante:

SERVICES	CHEF DE SERVICE
PLATEAU TECHNIQUE	Dr D. TOURNIAIRE
CERISAIE	Dr V.ROY
ST JOSEPH /S ANDRÉ	Dr J. PETIT
U.O.N	Dr D. TOURNIAIRE
ST LUC / L LARNAGE	Dr M.PARRAU
U. Insertion	Dr O. OMay

Figure 6 - Organigramme médical

2.5 Budgets

Les dépenses 2009 se présentent ainsi (en milliers d'euros)

E Médical	M.A.S.	Foyer	ESAT	EHPAD	FAM	E.adaptée	SAVS	TOTAL
20 152	2 785	1 768	1 869	3 544	4 868	646	46	35 633

Figure 7 - CA 2009 montant classe 6

2.6 Répartition comptabilité analytique

La répartition des sections communes s'effectue via une feuille de répartition et d'imputation (FRI) jointe aux budgets et comptes administratifs.

3 LE BILAN DU PROJET ETABLISSEMENT 3

Le projet d'établissement 3 qui couvrait les années 2006-2010 était organisé autour d'un certain nombre d'objectifs opérationnels.

Le tableau ci-dessous retrace le détail de leur réalisation

O. OPERATIONNELS	réalisé	commentaires
Coopérer avec CH voisins regrouper EEG lg. durée à la Teppe.	part	Hôpitaux D. nord OK .CH Valence:non
Développer l'EEG Vidéo (1 lit) et l'exploration du sommeil	Oui	
P. en charge d'une vacation de neurologie sur CH de Tournon	Oui	
Renforcer la convention avec le CHU de Lyon	Oui	
Créer une convention avec le CHU de Grenoble.	Non	Pas de volonté de la part du CHU.
Améliorer la lisibilité du travail réalisé au CLE	Oui	
Créer un pôle trouble thymique (consultations & hospitalisation)	Oui	
Créer un centre de consultations :	Oui	
Renforcer le dynamisme de La Cerisaie	Oui	
Renforcer l'implication aux urgences du CH. Valence	Non	Projet abandonné
Chercher des synergies avec d'autres urgences psychiatriques	Oui	
Relancer la périnatalité mise en sommeil faute de temps médical	Oui	
Mettre à l'étude ... l'opportunité d'un hôpital de Jour	Oui	
Transformer 20 lits C. séjour & passer à 40 lits de L. séjour	Oui	
Signer une convention tripartite pour le nouvel ensemble	Oui	
Préparer les organisations à l'évolution du S. information.	Oui	
Créer un environnement homogène; faciliter la communication i	Oui	
Disposer d'un système d'information centré sur le patient...	Oui	
Consolider le système d'information administratif.	Oui	
Répondre aux besoins de gestion de certains services...	Oui	
Préparer la communication électronique avec extérieur	Non	évolution besoins + lente que prévue
Optimiser l'infrastructure technique supportant le S. exploitation.	Oui	
Amélioration de la confidentialité des archives médicales	Oui	
Assurer la traçabilité des mouvements des dossiers médicaux	Oui	
Développer l'archivage électronique au niveau R. Humaines	Non	Non prioritaire
Structurer la gestion des archives administratives.	Oui	
TRANSFERT S. MARIE SPS	Oui	
cuisine centrale	part	Etudes en cours
Salle de sport	part	Etudes en cours

Figure 8 - P. établissement 3: Etat des réalisations

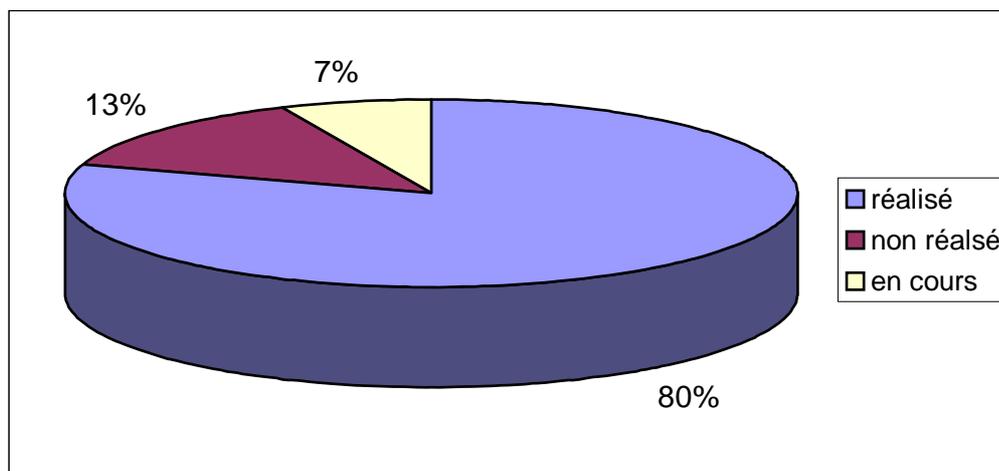


Figure 9 - Projet établissement 3: Bilan réalisations O. Opérationnels

4 LE PROJET MEDICAL

4.1 Méthode et méthodes

Le projet médical IV a fait l'objet d'un travail d'élaboration avec le corps médical piloté par l'IFROSS. au cours du second semestre 2009 et du premier trimestre 2010

La base méthodologique du projet médical comprend cinq points :

- ☞ Le concept de projet,
- ☞ L'organisation de la démarche,
- ☞ Les travaux réalisés,
- ☞ Les principes fondamentaux du projet médical,
- ☞ L'architecture du projet.

4.1.1 LE CONCEPT DE PROJET

Élément central de la stratégie des établissements de santé, le projet d'établissement est le pivot qui ordonne autour d'analyses conduites méthodologiquement et d'objectifs précis la politique générale que l'établissement entend mener. Élaboré avec la collaboration de nombreux acteurs de l'établissement sur la base des grandes orientations fixées par le conseil d'administration, le projet d'établissement s'inscrit dans la politique du SROS et respecte les textes réglementaires.

Nous avons fait en sorte que les orientations stratégiques soient explicites, quantifiables. La mise en œuvre des orientations stratégiques sera mesurée périodiquement et analysée.

L'ensemble de la démarche fait et fera l'objet d'une communication interne.

Le projet d'établissement comme l'ensemble des sous projets qui le constituent est la résultante de plusieurs éléments :

- ☞ Ce que chacun des groupes d'acteurs de l'établissement veut faire,
- ☞ Ce que chacun des groupes peut faire,
- ☞ Ce que l'établissement veut faire,
- ☞ Ce qu'il peut faire compte tenu de ses ressources et des contraintes de son environnement,
- ☞ Ce que l'ARS et le SROS veulent que l'établissement fasse.

Au cœur du projet d'établissement, et noyau central de celui-ci, **le projet médical** traduit les orientations du centre au plan médical sur la base du schéma régional d'organisation sanitaire.

Autour de ce projet médical gravitent des projets connexes majeurs, destinés à assurer une meilleure prise en charge des patients et de leur entourage : le projet de soins, le projet qualité sous ses divers aspects, le projet social et le projet infrastructures.

4.1.2 L'ORGANISATION DE LA DEMARCHE

L'élaboration du projet médical a reposé sur les travaux réalisés par la CME avec les consultants de l'IFROSS. Elle s'est articulée en deux temps d'une part le bilan du projet 3 avec l'analyse critique des choix opérés, d'autre part et sur cette base la définition des orientations du nouveau projet

4.1.3 LES TRAVAUX REALISES

Le projet médical s'adosse, comme tout projet, sur une analyse de l'existant composée de deux volets, internes et externes.

■ *Un diagnostic interne*

Le diagnostic interne repose sur la confrontation de plusieurs sources :

- ☞ les travaux réalisés depuis plusieurs années par l'établissement dans le cadre notamment de sa démarche qualité,
- ☞ une série d'entretiens avec les médecins de l'établissement,
- ☞ des analyses de données : statistiques annuelles d'activité, données médicales, analyse financière, analyse du recrutement, analyse des caractéristiques des patients.

■ *Un diagnostic externe*

Le diagnostic externe de l'établissement médical La Teppe repose sur le croisement d'une série d'études et d'investigations conjuguant approches quantitatives (analyses statistiques à partir de données INSEE et PMSI notamment) et qualitatives (focus groupes, entretiens individuels) de façon à obtenir le diagnostic le plus global possible sur l'établissement, et ce quel que soit le domaine d'activité. Ce diagnostic a porté sur :

- ☞ la situation de la structure par rapport à l'offre de soins environnante,
- ☞ le positionnement de l'établissement dans son territoire,
- ☞ la comparaison avec des structures équivalentes,
- ☞ l'analyse des coopérations et réseaux existants, des besoins de développement de partenariat.

4.1.4 LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DU PROJET MEDICAL

Les révolutions des savoirs médicaux, l'émergence de l'évaluation de la qualité et de l'accréditation, l'irruption dans la santé du droit des patients, la nécessité citoyenne de contrôler les coûts de la santé impliquent de repenser l'organisation hospitalière dans un souci de meilleur service rendu à la population. L'anticipation des activités, la recherche d'une plus grande traçabilité ainsi que l'évaluation systématique des prises en charge des patients sont les moyens au service d'une meilleure qualité des soins.

Le projet médical est le socle à partir duquel les établissements dessinent à l'horizon de cinq ans, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, la stratégie et l'organisation des soins qu'ils se donnent aux fins de répondre conjointement tant aux injonctions des politiques de santé qu'à la satisfaction des besoins des patients.

Réfléchir à une nouvelle donne en matière d'offre médicale implique de regarder l'organisation passée et actuelle comme le résultat d'une sédimentation de disciplines liée à l'histoire et aux circonstances particulières dans lesquelles s'est déroulée cette histoire.

Les principes fondamentaux qui ont guidé l'élaboration du projet médical sont en prise directe avec les travaux conduits par l'établissement depuis de nombreuses années pour constamment adapter son offre de soins aux (r)évolutions structurelles du système de santé.

Ces principes sont les suivants :

- ☞ **Qualité de la prise en charge:** les malades doivent bénéficier d'une prise en charge de qualité fondée sur le **respect de ses droits** et son **information**. Cette prise en charge est fournie par des équipes pluridisciplinaires, éducatives médicales et paramédicales. Cela implique d'une part la coresponsabilité dans la direction des équipes et dans la prise en charge, d'autre part la volonté de pourvoir les postes de l'organigramme exclusivement par des personnels diplômés, en respectant le niveau de qualification et la pluridisciplinarité.
- ☞ **Travail en réseau:** avec de multiples partenaires au service de la population desservie aussi bien par le pôle de psychiatrie que par le pôle de prise en charge de l'épilepsie,
- ☞ **Subsidiarité:** dont témoigne le projet de renforcement des coopérations et des partenariats sur le plan local et sur le plan national,
- ☞ **Continuité des soins:** par le renforcement des conventions en amont et en aval avec des établissements de santé et des structures médico-sociales, des professionnels de santé libéraux, des partenaires institutionnels. Cette recherche de continuité des soins est un des éléments de la politique de qualité mise en œuvre et qui repose fondamentalement sur la mise en cohérence des ressources, des activités, des missions et des résultats.
- ☞ **Evaluation des pratiques:** une volonté que traduisent les multiples audits mis en œuvre, les procédures réalisées, les enquêtes de satisfaction, et les groupes de travail à mettre en place pendant la durée du projet pour permettre à l'établissement de s'inscrire dans une véritable dynamique ;
- ☞ **Visibilité:** la recherche de visibilité plus grande comme le montre le recentrage de chacun des pôles sur ses domaines de compétence proche mais aussi la participation à de nombreuses instances tant nationales pour l'épilepsie que locales pour la psychiatrie.

4.1.5 L'ARCHITECTURE DU PROJET

Le projet médical comprend trois parties

- ☞ Un bilan du projet antérieur (projet 3: 2006-2010)
- ☞ Les projets pour 2011-2016
- ☞ Le rappel des objectifs opérationnels

4.2 Bilan du projet médical 2005-2009

4.2.1 BILAN DU POLE DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

L'offre actuelle de soins psychiatriques de La Teppe est le fruit d'une longue histoire dont les débuts remontent à 1955 avec la création du Pavillon d'Hygiène Mentale, structure à l'origine de la Clinique Psychothérapique de La Cerisaie actuelle. La Teppe a été le premier établissement du département de la Drôme à accueillir des lits de psychiatrie. Ce service a fonctionné d'une manière quasi-autarcique jusque la mise en oeuvre du premier projet d'établissement auquel ont succédé deux autres projets ayant chacun contribué à l'évolution de la prise en charge psychiatrique en renforçant la complémentarité de la Clinique Psychothérapique de La Cerisaie avec l'offre des autres établissements psychiatriques sur son territoire de santé et sur les territoires voisins.

D'un fonctionnement initial où l'ensemble des pathologies psychiatriques étaient prises en charge avec peu de collaboration avec d'autres équipes du territoire, La Teppe a évolué vers des prises en charge de pathologies ciblées, avec des soins plus intensifs et un travail en réseau pour éviter la chronicité sous forme d'hospitalisations prolongées. De nos jours, la Clinique Psychothérapique de La Cerisaie compte 50 lits d'hospitalisation pour femmes en situation de décompensation psychique aiguë. Cette clinique reste le seul lieu d'hospitalisation alternatif au secteur public entre Lyon et Avignon et entre en complémentarité avec les autres structures d'offre de soins en psychiatrie de la Drôme, de l'Ardèche, d'une partie de l'Isère et une partie de La Loire.

Le précédent projet médical a eu pour objectif de renforcer encore davantage le positionnement du pôle psychiatrie de La Teppe sur la prise en charge des troubles thymiques, par la constitution d'un pôle dédié à ce type de prise en charge.

Ce projet stratégique est décliné en plusieurs objectifs opérationnels dans lesquels s'inscrit le développement des consultations, le renforcement de la dynamique de La Cerisaie, à travers une durée moyenne de séjour court et par le maintien de la prédominance de la prise en charge des troubles thymiques. La poursuite des collaborations hors les murs avec l'ensemble des acteurs de la

filrière, et plus particulièrement avec les services d'urgences des centres hospitaliers généraux de Valence et de Montélimar et le respect de certains seuils d'activité de base à maintenir ont conditionné la réussite de ce projet. Enfin, le développement de l'activité psychiatrique de prise en charge des troubles thymiques des femmes en période pré et post partum et un début de réflexion sur le projet de création d'un hôpital de jour, représentent deux autres activités importantes du développement de la psychiatrie de La Teppe inscrites dans le projet précédent.

Ici, un bilan des réalisations est mené analysant tout d'abord les hospitalisations, puis les consultations psychiatriques à La Teppe. Le développement de nouvelles activités est étudié par la suite, et fait état, plus particulièrement, de la croissance de la prise en charge des troubles thymiques liés à la périnatalité.

■ *Bilan des O. opérationnels pour le pôle psychiatrie : les hospitalisations*

La période du deuxième projet d'établissement a été marquée par un nombre d'admissions élevé malgré une diminution des capacités d'hospitalisation de 11 lits en 1995 : le nombre d'admissions réalisé sur 50 lits a dépassé entre 2000 et 2005 l'activité réalisée sur 61 lits, confirmant ainsi le positionnement de La Teppe sur des pathologies psychiatriques plus ciblées avec des soins plus intensifs et un travail en réseau afin d'éviter toute chronicisation sous forme d'hospitalisations prolongées. L'objectif du précédent projet d'établissement en matière de prise en charge hospitalière a été de maintenir cette position, dont les principaux seuils sont rappelés dans le tableau ci-dessous.

La prédominance des troubles thymiques (>50%)
Le nombre d'entrées (>500/an)
Le taux de nouveaux cas (>50%)
La collaboration avec les urgences des CH (25% des admissions)
La DMS (égale à / ou moins de 30 jours)

Figure 10 - Projet 2005-2010 Clinique La Cerisaie: principaux Objectifs d'activité

La tendance à la hausse du nombre d'admissions observé lors de l'élaboration du bilan du deuxième projet médical se confirme entre 2005 et 2008.

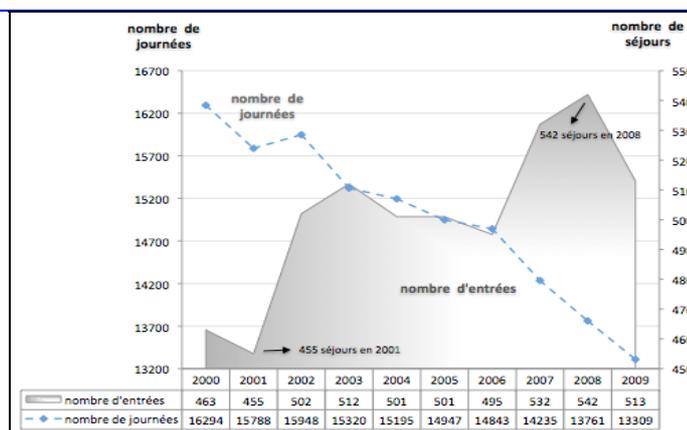


Figure 11 - Nombre de journées et nombre d'entrées, La Cerisaie, 2000-2009

Entre 2000 et 2008, le nombre d'admissions a augmenté de 17%. Le léger ralentissement du nombre d'entrées entre 2004 et 2006 correspond à une période de changement dans la composition de l'équipe médicale ; l'activité respecte néanmoins les engagements pris en matière de maintien du dynamisme. La croissance des admissions s'accélère entre 2006 et 2008, le nombre de séjours ayant réalisé un bond de 10% sur les deux dernières années, d'environ 500 entrées en 2006 à plus de 540 en 2008. Cette même année, La Cerisaie accueille en admission environ 10 patients par semaine représentant en moyenne deux admissions par jour, la clinique ne réalisant pas d'entrées le samedi et le dimanche. En 2009, le nombre d'entrées diminue de -5,5% passant de 542 à 513 entrées. De fortes variations mensuelles du nombre d'admissions sont constatées comme le démontre le tableau et le graphique ci-dessous.

	2006	2007	2008
Janvier	47	48	61
Février	37	36	39
Mars	37	54	47
Avril	38	41	40
Mai	43	50	52
Juin	39	42	51
Juillet	29	46	48
Août	40	44	37
Septembre	38	41	43
Octobre	47	39	43
Novembre	56	44	41
Décembre	44	47	40
Total	495	532	542

Figure 12 - Répartition des entrées mensuelles de La Cerisaie, 2006-2008

En parallèle de l'augmentation des admissions, l'activité se caractérise par une diminution du nombre de journées passant de plus de 16 000 pour l'année 2000 à moins de 14 000 en 2008, soit une chute de plus de 15% sur la période avec une accélération de la tendance sur les deux dernières

années (-8% entre 2006 et 2008). Cette tendance à la baisse du nombre de journées couplée à de fortes hausses du nombre d'admissions et du nombre de consultations, acte la mutation des modes de prise en charge des troubles thymiques au sein de la clinique.

Comme le précisait les objectifs du précédent projet, les prises en charge sont davantage axées sur la prise en charge en amont (la prévention) et en aval (le suivi) des hospitalisations, se traduisant, ainsi, par une baisse durable et sensible de la durée moyenne de séjour (DMS) et du taux d'occupation (TO) entre 2000 et 2008.

Le graphique suivant retrace l'évolution de ces deux indicateurs.

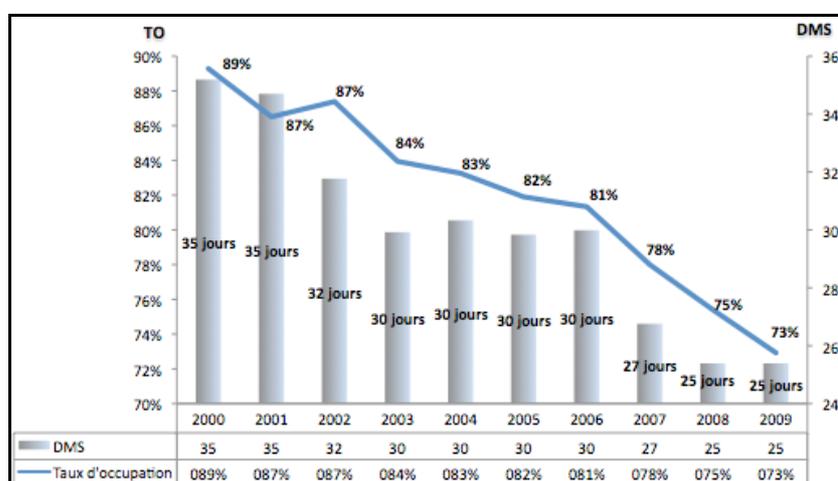


Figure 13 - DMS et taux d'occupation - clinique de La Cerisaie - 2000-2009

La DMS diminue de 10 jours sur l'ensemble de la période, les années 2007 et 2008 étant marquées, comme nous l'avons déjà précisé, par une accélération des tendances observées les années précédentes. La DMS perd 5 jours entre 2006 et 2009, s'établissant à 25 jours, alors qu'elle était stable à 30 jours les quatre années précédentes. L'objectif du dernier projet d'établissement fixant le plafond de la durée moyenne de séjour à 30 jours a été maintenu et amélioré sur la période de mise en œuvre du projet. Entre 2005 et 2009, le taux d'occupation poursuit, quant à lui, une baisse continue entamée lors de la mise en œuvre du deuxième projet d'établissement. Il perd 16 points entre 2000 et 2009, cette tendance baissière s'accéléralant sur les trois dernières années étudiées (- 8 points entre 2006 et 2009).

Notons que certaines spécificités du mode de prise en charge des patientes influencent à la baisse, et cela de manière structurelle, le taux d'occupation. En effet, l'établissement s'engage à prendre en charge des patientes hospitalisées dans les services d'urgence très rapidement, souvent

sous deux jours. Des conventions lient La Cerisaie dans ce sens aux urgences des Centre Hospitalier de Valence et de Montélimar. En 2009, on constate 25% d'admissions venant des urgences, souvent pour de nouvelles patientes inconnues du service. Pour répondre à ces demandes de prise en charge urgentes, des lits sont volontairement laissés disponibles. De même, les entrées sont programmées à l'avance et la patiente est reçue par le psychiatre qui va assumer la prise en charge tout au long de l'hospitalisation : il n'y a pas d'admission faite de manière indifférenciée lorsqu'un lit est disponible.

Rappelons également que les admissions se déroulant du lundi au vendredi, certains lits peuvent rester disponibles le samedi et le dimanche pour accueillir des patientes la semaine suivante, les week-ends représentant ainsi un artefact dans le calcul du taux d'occupation.

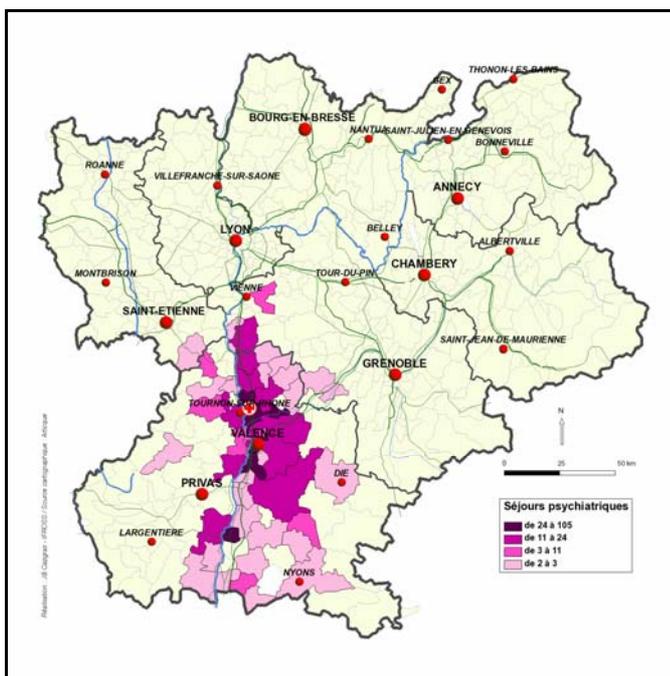


Figure 14 - Origines géographiques des hospitalisations en 2009

Deux autres indicateurs d'activité affinent la compréhension des admissions et attestent du dynamisme du recrutement : le nombre de patients distincts, soit le nombre de patients différents pris en charge au cours de l'année quelque soit le nombre d'hospitalisations, et le taux de nouveaux cas, une mesure du nombre de patients non connus du service d'hospitalisation. L'évolution de ces variables est retracée dans le graphique ci-dessous.

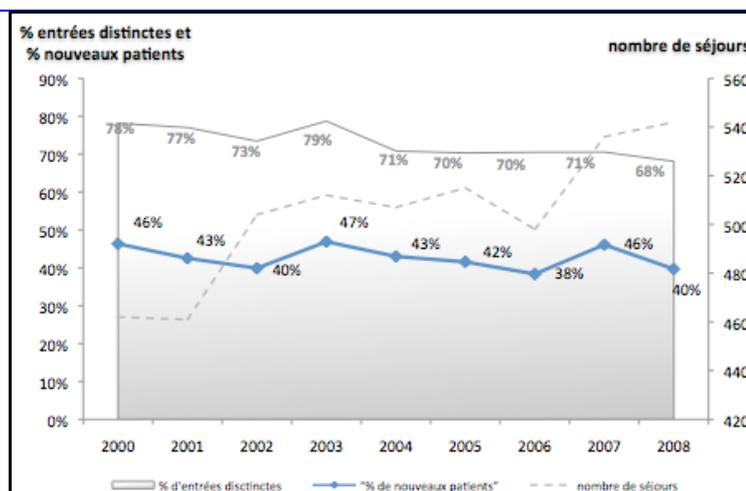


Figure 15 - Entrées distinctes, nouveaux patients & total des séjours (2000-2008)

Le taux des nouveaux cas annuel, clé de compréhension du renouvellement du recrutement, s'échelonne sur la période entre 38% et 46% avec des variations qui, depuis l'année 2002, apparaissent fortement corrélées à l'évolution du nombre d'admissions. Une analyse séquentielle sur trois ans du renouvellement de la population soignée est menée, ce type d'étude se révélant plus pertinent, au regard des troubles psychiatriques pris en charge.

	2000-2002	2003-2005	2006-2008
Patients distincts	1086	1124	1098
Nouveaux cas	611	623	653
Taux de nouveaux cas	56%	55%	59%

Figure 16 - Analyse du taux de « nouveaux cas » par tranches de trois ans

L'analyse séquentielle du taux de nouveaux cas démontre la dynamique de la stratégie de la structure en matière de lutte contre la chronicisation, le taux augmentant de quatre points sur les trois dernières années avec un taux de nouveaux cas particulièrement fort en 2007 (de 38% à 46% entre 2006 et 2007). La hausse du nombre de séjours s'accompagne ainsi, d'un renouvellement de presque 60% des patients admis ces trois dernières années. Le nombre de patients distincts, ayant connu une relative stabilité entre 2004 et 2007, baisse de trois points en 2008, affectant ainsi, comme le taux de nouveaux cas, les résultats de la dernière période de l'analyse séquentielle. Ainsi, la hausse du nombre d'admissions en 2008 s'explique davantage par des réadmissions plus fréquentes que par le recrutement de nouveaux patients.

■ *La création d'un centre de consultations associé aux hospitalisations*

La demande pressante émanant tant des partenaires que des patientes a conduit les psychiatres de La Cerisaie à développer des consultations, faute d'autres alternatives pour les patients. Avant le dernier projet d'établissement, une moyenne mensuelle de 60 consultations par mois était assurée dans un établissement non destiné à ce type de prise en charge, avec un potentiel

moyen de 150 voire 200 consultations par mois dans le cas où l'établissement aurait clairement l'objectif d'assurer de telles consultations.

Dans ce cadre, le précédent projet a eu pour principale orientation la création d'un centre de consultations pour le dépistage précoce des troubles thymiques. Deux sous objectifs ont émané de cette grande orientation :

- ☞ Assurer la prévention et lutter contre la chronicisation des troubles thymiques.
- ☞ Garder un solide réseau de correspondants de médecins généralistes en maintenant des actions de communication et de formation et en proposant des consultations ciblées.

Le graphique, ci-dessous, retrace le nombre de consultations de psychiatrie par an réalisées sur les deux précédents projets.

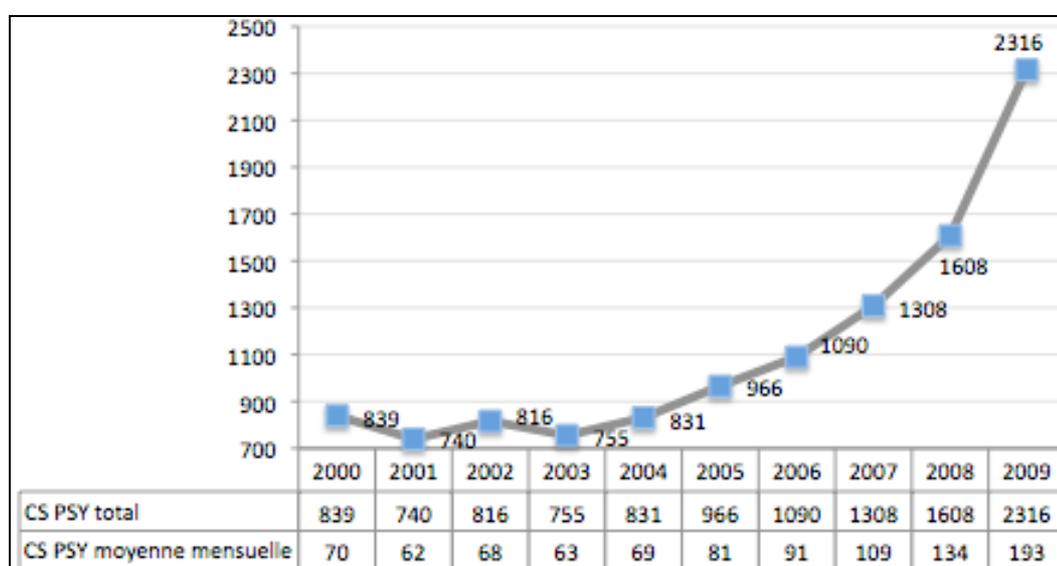


Figure 17 - Nombre de consultations de psychiatrie assurées à La Teppe, 2000-2009

Entre 2000 et 2004, le nombre de consultations oscille à un niveau relativement stable entre 63 et 70 consultations par mois, les psychiatres de La Teppe étant amenés à proposer des consultations à leurs patients sortant de La Cerisaie faute de prise en charge disponible ailleurs et en prenant en charge des patients qui leur sont adressés par leur correspondants avec lesquels des liens de confiance sont en place. A travers le dernier projet d'établissement, la mission d'assurer des consultations de psychiatrie est clairement établie à La Teppe; les années de mise en œuvre du projet se caractérisent déjà par une forte hausse du nombre de consultations multiplié par près de 3 entre 2004 et 2009. Le recrutement d'un psychiatre au troisième trimestre 2008 se traduit par une croissance accélérée (+23% entre 2007 et 2008) de l'activité pour cette année, le nombre s'élevant à 1 608 consultations avec une moyenne mensuelle de 134 consultations contre 62 en 2001. Finalement, en 2009, seule année de fonctionnement pleine avec les moyens spécifiques, la barre de 2000 consultations par an est dépassée, validant l'orientation prise en 2004 d'assurer le

développement d'un centre de consultations de psychiatrie tourné vers la prévention des troubles thymiques.

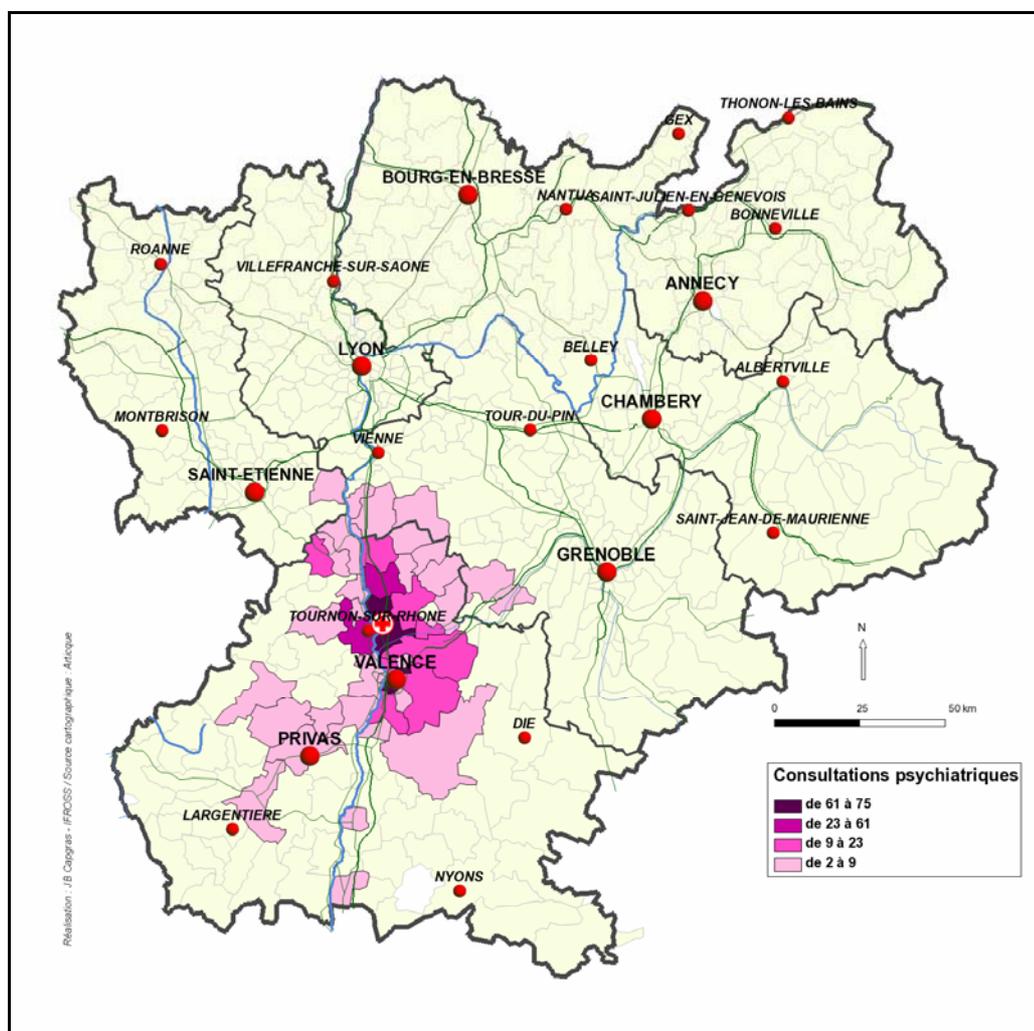


Figure 18 - Origines géographiques des consultations en 2009

La cartographie montre que les patients viennent non seulement de Tain Tournon mais aussi du bassin de Valence à un taux considérable. Les domiciliations les plus éloignées soulignent l'importante demande à laquelle l'offre de La Teppe essaie de répondre.

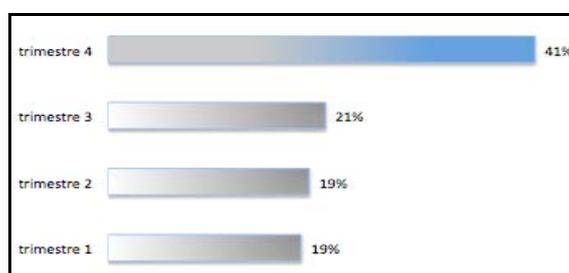
■ *Le développement de la P. en charge des troubles thymiques de la périnatalité*

Les troubles psychiques et/ou psychiatriques présentés par une femme en *pré* et/ou *post partum* constituent un domaine d'intervention psychiatrique dont La Cerisaie a fait une spécialité, les troubles thymiques majeurs ayant cinq fois plus de chance de se déclarer pendant la période périnatale. La collaboration médico psychologique dans les maternités pour améliorer la sécurité somatique et psychique des futures mères est, depuis une période assez récente, fortement encouragée. Cet objectif est inscrit dans le Plan de Périnatalité Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité

2005-2007. Sur le territoire de santé de La Teppe, le SROS obstétrique fixe comme objectif de développer la consultation de psychiatrie périnatale sur le site de La Teppe.

L'établissement intervient depuis 1998 dans ce domaine et a formalisé les années suivantes, deux conventions, tout à fait opérationnelles, avec les Conseils Généraux de la Drôme (2001) et de l'Ardèche (2002) dont dépendent les sages-femmes PMI. La Teppe a participé également aux réunions de périnatalité relatives à l'élaboration des schémas Enfance Famille des départements de la Drôme et de l'Ardèche. Comme le note le précédent projet d'établissement, cette activité « victime de son succès » n'a pu se développer faute de temps médical supplémentaire. Rappelons que de juillet 1998 et à juin 2003, 83 patientes ont été prises en charge à la Teppe (318 consultations), un chiffre déjà important, à cette période, compte tenu de l'absence d'attribution de moyens spécifiques pour l'exercice de cette activité.

Ainsi, l'objectif du dernier projet a été de lancer le développement de cette activité en **conservant et en étoffant ces partenariats et par l'attribution de temps médical supplémentaire permettant la création d'une consultation spécifique de psychiatrie périnatale**. La Teppe a procédé au recrutement d'un psychiatre dès septembre 2008, ce qui s'est traduit par recrudescence de cette activité au cours du quatrième semestre 2008 (+41% du total des consultations psychiatriques menées au cours de cette année dans cette spécialité) comme l'illustre le graphique ci-dessous.



	trimestre 1	trimestre 2	trimestre 3	trimestre 4	Total 2008
Nombre de consultations périnatalité	48	50	54	106	258
Part CS périnatalité par trimestre	19%	19%	21%	41%	100%

Figure 19 - Périnatalité, évolution du nombre de consultations en 2008

En 2008, 258 consultations de psychiatrie périnatale femmes enceintes ou suite à leur accouchement ont été réalisées, soit quatre fois plus de consultations que la moyenne annuelle de la période 1998-2003.

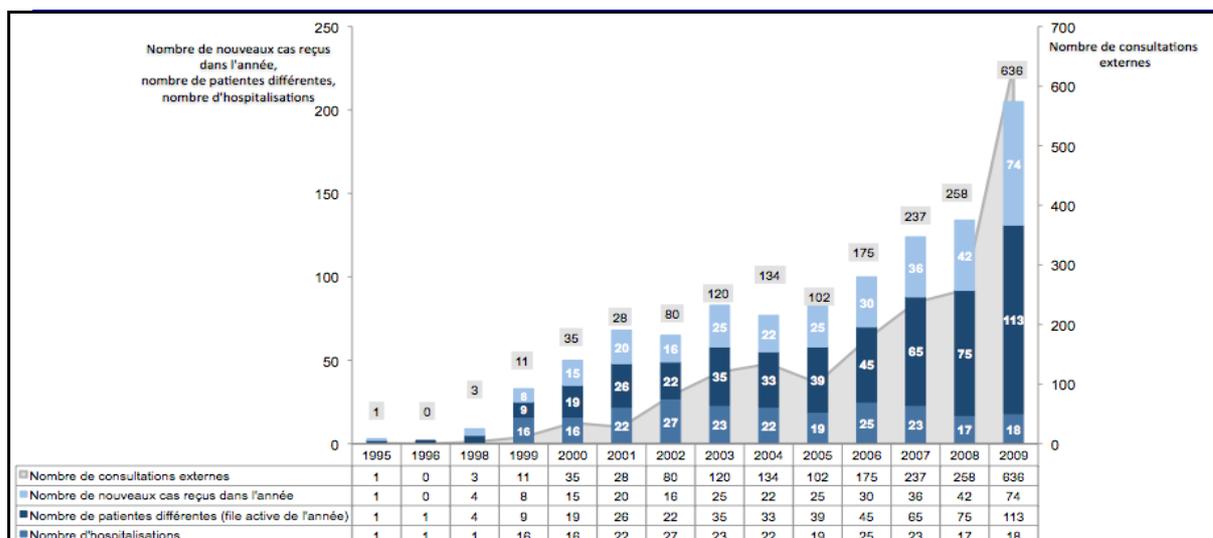


Figure 20 - Activité de périnatalité, les consultations, 1995-2009

L'activité de 2009, la seule année pleine de fonctionnement avec les moyens spécifiques attribués, valide encore plus clairement les orientations prises lors du dernier projet d'établissement et souligne clairement le potentiel du développement de cette activité. En 2009, le nombre de consultations a été multiplié par 2,5, passant de 258 à 638 consultations. En revanche, le nombre d'hospitalisations, soit le nombre de séjours dans l'année avec un diagnostic en lien avec la périnatalité reste stable sur la période étudiée, montrant l'efficacité de la prévention qui vise à éviter les hospitalisations. (NB. une même patiente peut être à l'origine de plusieurs séjours).

Le recrutement des patientes est réalisé dans le cadre des conventions en place avec les conseils généraux et les services de maternité de proximité. En effet, La Teppe est allée plus loin que ce qui était prévu et a mis en place de nombreux partenariats dans le domaine périnatal pendant la période du dernier projet, actions soutenues par un budget complémentaire attribué à l'établissement fin 2008. Désormais l'activité périnatale fonctionne avec des conventions signées et opérationnelles qui lient La Teppe aux maternités ou pôles mère-enfant des Centre Hospitaliers de Valence, depuis le 6 juin 2008, de Romans, la convention ayant été signée le 17 septembre 2009, et de la Clinique Pasteur à Guilhaumand-Granges, la signature de la convention datant du 26 février 2009. Des staffs communs sont organisés, en moyenne une demi journée par mois, dans chacun de ces trois établissements en présence des psychiatres de La Teppe.

Des activités de formation mensuelles pluridisciplinaires dans ce domaine sont animées par l'établissement. Ces rencontres mensuelles du « Groupe Pivot » sont destinées à l'ensemble des professionnels intervenant dans le domaine périnatal des départements de la Drôme et de l'Ardèche. Cette formation est agréée au niveau national par la Société Marcé Francophone, spécialisée dans les troubles psychiques de la puerpéralité et de la périnatalité. Les pédiatres du CH de Romans et les obstétriciens du CH de Valence se déplacent à La Teppe pour co-animer ces formations, leur participation entrant dans le cadre des conventions signées entre La Teppe et ces centres

hospitaliers, créant un partenariat tripartite. Ces actions de formation permettent aux psychiatres de La Teppe de rester en contact permanent avec l'ensemble des acteurs dans ce domaine.

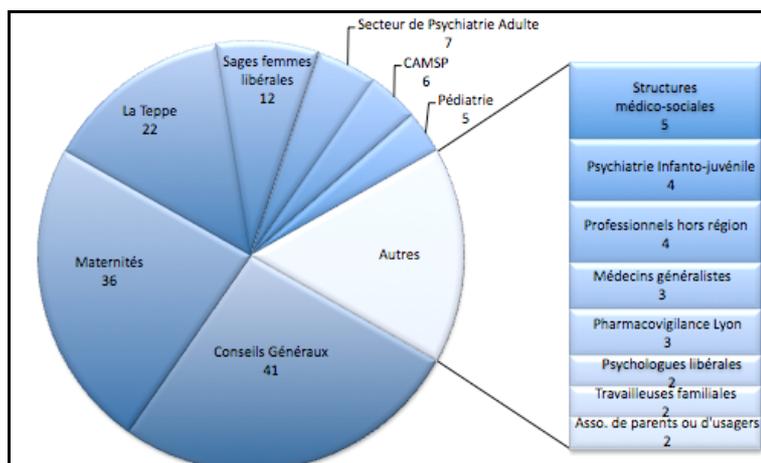


Figure 21 - Nombre de participants au Groupe Pivot, année 2009

Le graphique, ci-dessus, démontre la diversité des professionnels intervenant dans le domaine de la périnatalité participant au Groupe Pivot. L'ensemble du personnel des services de PMI des Conseils Généraux de la Drôme, de l'Ardèche et de l'Isère ainsi que le personnel des centres hospitaliers avoisinant La Teppe, notamment les sages-femmes et les psychologues, sont les plus nombreux à participer à ces réunions.

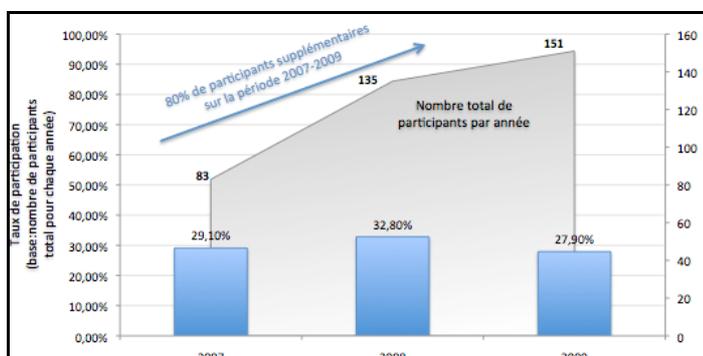


Figure 22 - Participants et taux de participation au Groupe Pivot, 2007-2009

Le nombre de participants par année croît depuis la mise en place de cette formation en 2006. Entre 2007 et 2009, le nombre de participants a augmenté de 80%, soit 68 participants de plus en 2009 qu'en 2007. Le taux de participation (défini comme le nombre de venues des participants sur l'ensemble des réunions organisées sur un an / nombre total potentiel de participations cette même année) oscille autour de 30% sur les trois années pleines de fonctionnement étudiées.

Par ailleurs, l'établissement de La Teppe est à l'origine de l'organisation d'une réunion spécifique, le « *Staff Psy Mater 26-07* » se déroulant au centre hospitalier de Valence. Ces réunions mensuelles, regroupent les psychologues des maternités de la Drôme et de l'Ardèche et ont pour objectif d'harmoniser les pratiques « psy » dans les maternités du territoire. Cette harmonisation

répond à une des attentes de la tutelle après la mise en place des moyens importants dans ce domaine (création récente des postes de psychologues de maternité).

La Teppe participe également à l'organisation d'actions de formation ponctuelles avec le Réseau Régional Périnatal Aurore. Une formation destinée aux sages femmes a déjà été organisée et a réuni des professionnels de la région Rhône-Alpes.

D'autres actions de formation sont prévues et la synergie est en permanence recherchée avec ce réseau représentant le cadre de référence de la plupart des professionnels de la région Rhône-Alpes.

Enfin, des formations ponctuelles sont organisées par La Teppe. En 2009, l'établissement a organisé un Atelier de Formation exceptionnel de deux jours sur le thème « Psychothérapie Interpersonnelle (PTI) en Contexte Périnatal » animé par le Dr Scott Stuart, professeur de psychiatrie de l'Université d'Iowa aux Etats-Unis, président de l'association internationale de PTI. L'objectif de ces journées a été de former un petit groupe de professionnels francophones connaissant l'IPT et susceptibles d'animer, la cas échéant, des formations en français. La PTI est une des méthodes adaptées au contexte périnatal, d'où l'investissement de La Teppe dans ce domaine.

4.2.2 BILAN DU POLE DE PRISE EN CHARGE DE L'EPILEPSIE

■ Préambule

Plus qu'une organisation, l'établissement médical La Teppe est une institution. L'origine historique de l'activité qui fait remonter la naissance de la structure au milieu du XIX siècle lui a assurée une renommée nationale : certains patients traversent ainsi toute la France, comme depuis maintenant 150 ans, pour bénéficier, hier du "Grand Remède", aujourd'hui de prises en charge pluridisciplinaires.

Renommée européenne aussi, car si La Teppe reste un modèle unique en France, on peut trouver des structures comparables dans les pays limitrophes, fondées sur une même philosophie de prise en charge globale.

Le modèle européen

Dans différents pays européens, notamment les Pays Bas, le Royaume Uni, l'Allemagne, la Norvège, le Danemark et la Suisse, des établissements assurent la prise en charge de patients épileptiques dans une dynamique proche ou équivalente de celle mise en œuvre à la Teppe. Un travail universitaire récent a confirmé la validité de ce modèle: Une thèse¹ de médecine générale

¹ Claudie VUAILLAT, *Utilité d'une prise en charge spécifique en institution pour la réinsertion de patients épileptiques*, Thèse pour l'obtention du doctorat de médecine, 2004, sous la dir. du Prof. Mauguière, Université Lyon 1, 89p.

soutenue à Lyon en fin d'année 2004 analyse le devenir des personnes épileptiques pris en charge à La Teppe de 1999 à 2003. Elle a permis de montrer que la réinsertion socioprofessionnelle des patients de La Teppe est obtenue pour presque un patient sur deux, et qu'elle se maintient dans la moitié des cas, au bout d'un recul suffisant (14 mois minimum). Un patient sur deux a été amélioré pour ce qui est de la fréquence et la gravité de ses crises. Cette proportion est très importante quand on sait que 97% de la population étudiée était suivie par des neurologues avant l'admission (dont 50% en CHU). Il est remarqué en particulier une tendance à la réduction du nombre d'antiépileptiques prescrits à chaque patient. Le bénéfice est reconnu par tous, en terme d'observance, de limitation des effets secondaires et de diminution de la fréquence des crises.

ETABLISSEMENTS	lits	Dont enfants	Dont adultes
BETHEL	1875	110	1765
KORK	582	101	481
BERLIN	66	14	52
BERNAU	50		50
KLEIN WACHAU	336	24	312
ALLEMAGNE	2 909	249	2 660
HEEMSTEDE	680	100	570
HEEZE	505	104	401
PAYS BAS	1185	204	971
ZURICH	266	12	254
TSCHUGG	171	0	171
LAVIGNY	18	0	18
SUISSE	455	12	443
BLICQUY	36	36	0
W.LENNOX	165	165	0
BELGIQUE	201	201	0
DANEMARK	149	22	127
G.BRETAGNE	160	0	160
TOTAL	5 059	688	4 361

Figure 23- Les structures spécialisées en épilepsie dans les pays voisins¹

¹ Source: European Association Epilepsy Centers: Facts and Figures 2009

On constate que les ratios lits / population sont en général plus élevés à l'étranger.

	FRANCE	BELG.	RFA	P.BAS	SUISSE	Dk	GB	MOY
lits/1000 habit.	0,021	0,022	0,034	0,079	0,064	0,024	0,005	0,027

Figure 24- Europe lits /1000 habitants 2004

Regroupés au sein d'une association, ces différents établissements dont La Teppe mènent une réflexion continue avec rencontre annuelle sur l'évolution de leurs pratiques.

Le projet III 2006-2010

Le renforcement du pôle épilepsie par la recherche d'une meilleure visibilité des activités de l'établissement a constitué l'une des orientations majeures du précédent projet médical de La Teppe. Cette recherche est passée par la déclinaison de grands objectifs stratégiques définis suite à l'identification de trois segments d'activité distingués en fonction de leur zone d'attraction.

Au niveau du territoire de santé, l'établissement de La Teppe s'est fixé pour objectif de devenir le centre de référence pour la prise en charge de l'épilepsie invalidante par le renforcement de sa collaboration avec le Centre Hospitalier Drôme Nord et le CH Valence.

Au niveau régional, l'établissement a eu pour mission de renforcer son partenariat avec le CHU de Lyon et les autres CHU (Grenoble et Grand Sud Est) pour devenir un centre de référence pour les cas les plus complexes.

Enfin, pour une plus grande visibilité au niveau national, l'établissement s'est engagé à formaliser des filières de prise en charge sur les épilepsies invalidantes.

L'analyse des données d'activité du pôle de prise en charge de l'épilepsie offre un premier regard sur la situation actuelle de l'établissement.

■ Le renforcement du pôle épilepsie au niveau du territoire de santé

L'objectif stratégique du dernier projet médical de La Teppe au niveau du territoire de santé était de devenir le centre de référence au sein du territoire de santé pour la prise en charge de l'épilepsie pharmaco résistante par le biais notamment d'une collaboration renforcée avec le CH Drôme Nord. Quatre objectifs opérationnels ont été déclinés à partir de ce dernier :

- ☞ **Objectif 1:** rechercher des synergies sur les trois sites avec regroupement de l'EEG longue durée sur La Teppe.
- ☞ **Objectifs 2 et 3:** mettre en œuvre le développement de l'EEG Vidéo et de l'exploration du sommeil.

☞ **Objectif 4:** organiser la prise en charge d'une vacation de neurologie sur l'hôpital de Tournon

Les neurologues de La Teppe font face à des difficultés de mutualisation de moyens avec le CH de Valence.

La vacation de neurologie sur l'hôpital de Tournon (objectif 4) est, quant à elle, en place depuis 2008. Des conventions supplémentaires de lecture d'EEG sont effectives avec le CH d'Annonay (308 actes en 2008 pour les services d'urgence, pédiatrie, néonatalogie et réanimation) et le CH d'Aubenas. D'autre part, l'activité d'exploration du sommeil commence à se développer et une hausse de l'activité de l'EEG vidéo est constatée (objectifs 2 et 3).

L'Unité d'Observation Neurologique (UON)

L'Unité d'Observation Neurologique (UON) a plusieurs rôles. Sa vocation première est d'assurer l'accueil de patients extérieurs pour adaptation thérapeutique.

Ce service permet par ailleurs d'évaluer les possibilités de progression des patients de manière précoce. Il constitue le service d'accueil des urgences de l'établissement, les équipements et moyens humains déployés permettant de traiter la plupart des états de mal sans envoi en réanimation.

Les capacités de l'unité ont diminué de 5 lits sur la période 2005-2009 passant de 22 à 17 lits.

L'activité est marquée par la diminution de la DMS de 20 à 15 jours sur la durée du projet d'établissement. Le nombre d'entrées quant à lui a augmenté plus lentement. Le précédent projet médical notait une stabilité de l'activité de l'UON sur la période 2000-2004 avec un nombre de journées compris en 4 400 et 4 800, situation qui s'est poursuivie entre 2005-2007. Entre 2007 et 2008, 667 journées de moins ont été enregistrées passant en dessous du seuil de 4 000 journées (3 884 journées), soit une baisse d'environ 15% sur l'année qui peut s'expliquer par la baisse des capacités d'accueil d'un lit en 2008.

En 2009, le nombre de journées de l'UON se stabilise (près de 3 880 journées). Sur la même période, l'UON a enregistré une variation moyenne à la hausse de 33 % de son nombre d'entrées totales. Les entrées directes représentent entre 2000 et 2009 entre 50 et 60% du nombre d'entrées totales.

■ Etablissement médical de La Teppe ■

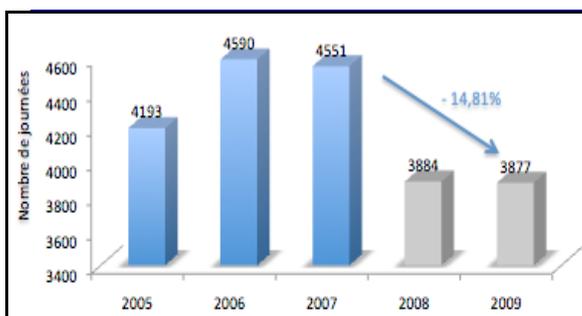


Figure 25 - UON Journées 2005-2009

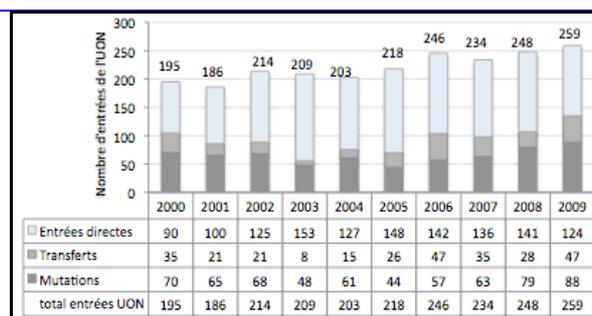


Figure 26 - UON Entrées 2000-2009

Le taux d'occupation de l'UON oscille autour de 60% sur la période 2005-2006. Après une croissance entre 2005 et 2006 de près de 18%, les capacités de l'établissement étant utilisées à près de 70% cette dernière année, le taux d'occupation recule progressivement entre 2006 et 2008 et se stabilise en 2009. Cette année là, l'occupation moyenne des lits du service représente 64,48 % du total des capacités en 2009. Précisons que deux lits d'urgences sont laissés libres de principe et sont, de fait, partiellement occupés.

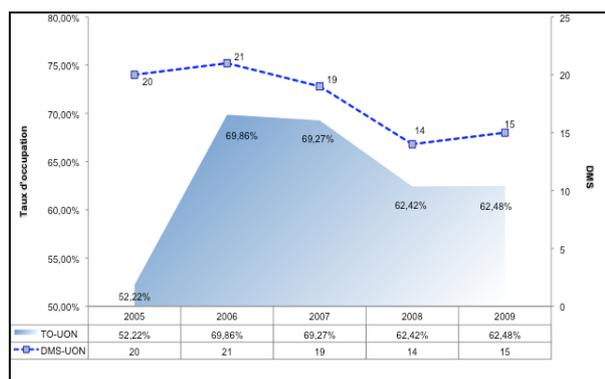
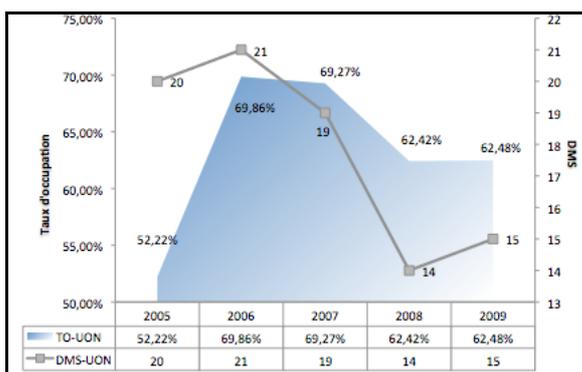


Figure 27 - Taux d'occupation et DMS de l'UON - période 2005-2009

En rapportant le nombre de journées d'hospitalisation au nombre de séjours, on obtient la durée moyenne de séjours réalisée par le service. Celle-ci a diminué d'un quart sur la période, passant de 20 jours à 15 jours.

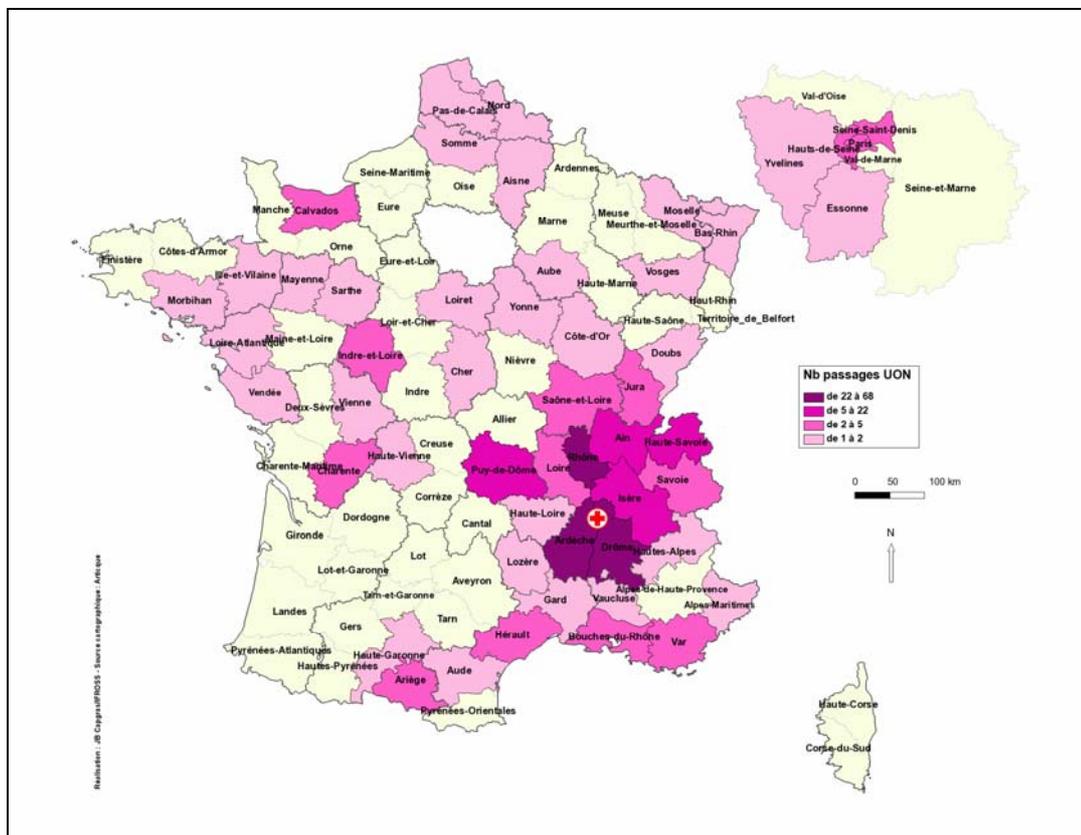


Figure 28 - UON: Origine géographique des entrées

La cartographie montre que les patients pris en charge par l'UON viennent essentiellement des départements de l'Ardèche, de la Drôme et du Rhône et un recrutement important au niveau national.

L'activité de Vidéo EEG

Le pôle de prise en charge des épilepsies « actives » fonctionne également avec 3 lits d'EEG Vidéo, le dernier ayant été installé en avril 2008. Cette activité s'est diversifiée à des fins d'adaptation à la multiplicité des pathologies.

Les examens suivants sont proposés dans le cadre de la prise en charge des épilepsies « actives » :

- ☞ EEG standards de 20 minutes (vidéo),
- ☞ EEG prolongés dont la durée est d'environ d'une heure.

- ☞ Holter, EEG ambulatoire sans vidéo permet d'enregistrer le patient dans des conditions « écologiques » avec ses activités habituelles. Il dure 24 à 48 heures.
- ☞ La télémétrie est également pratiquée par l'établissement. Elle correspond à une journée avec sieste d'enregistrement d'EEG vidéo. Elle est souvent suivie de Holter. Elle étudie le tracé de veille et de sommeil et permet une première orientation. Elle est aussi utilisée pour l'étude des hypersomnies.
- ☞ Activité originale d'enregistrement EEG Vidéo conjoint de type épilepsie + sommeil.
- ☞ Les EEG de longue durée (avec vidéo) durent 2 semaines. Une réduction du traitement antiépileptique est le plus souvent réalisée pour obtenir des crises. Ces enregistrements nécessitent la présence permanente d'une infirmière qualifiée pour interroger et examiner le patient pendant la crise. La synchronisation EEG Vidéo permet au neurologue de reconstituer le déroulement et la propagation de la crise. Les tracés sont tirés sur papier et analysés avec la vidéo lors des réunions communes avec le service de Neurologie du CHU de Lyon, en cas de discussion neurochirurgicale.
- ☞ La polysomnographie : cet examen médical consiste à enregistrer au cours du sommeil du patient, plusieurs variables physiologiques afin de déterminer certains troubles liés au sommeil.

Entre 2005 et 2008, la hausse du nombre de journées (+71%), du nombre d'entrées (+48,2%) et du taux d'occupation, multiplié par deux entre 2004 et 2007, sont le signe d'une progression forte de l'activité d'EEG Vidéo.

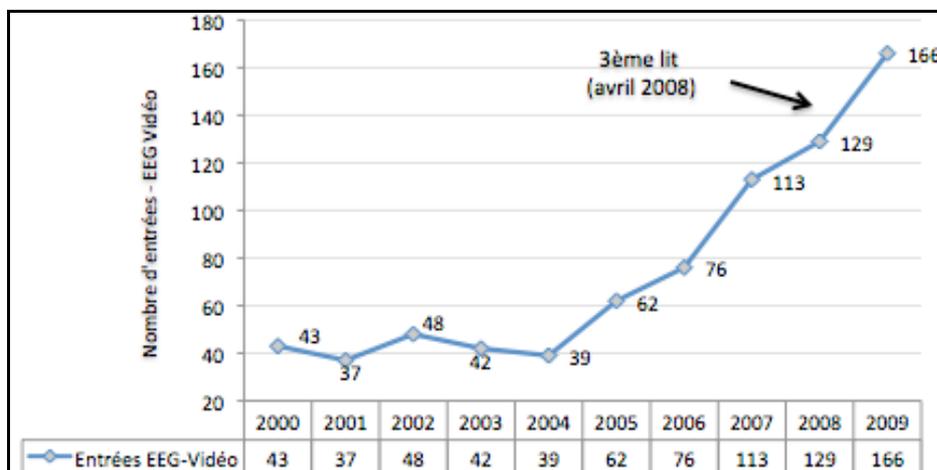
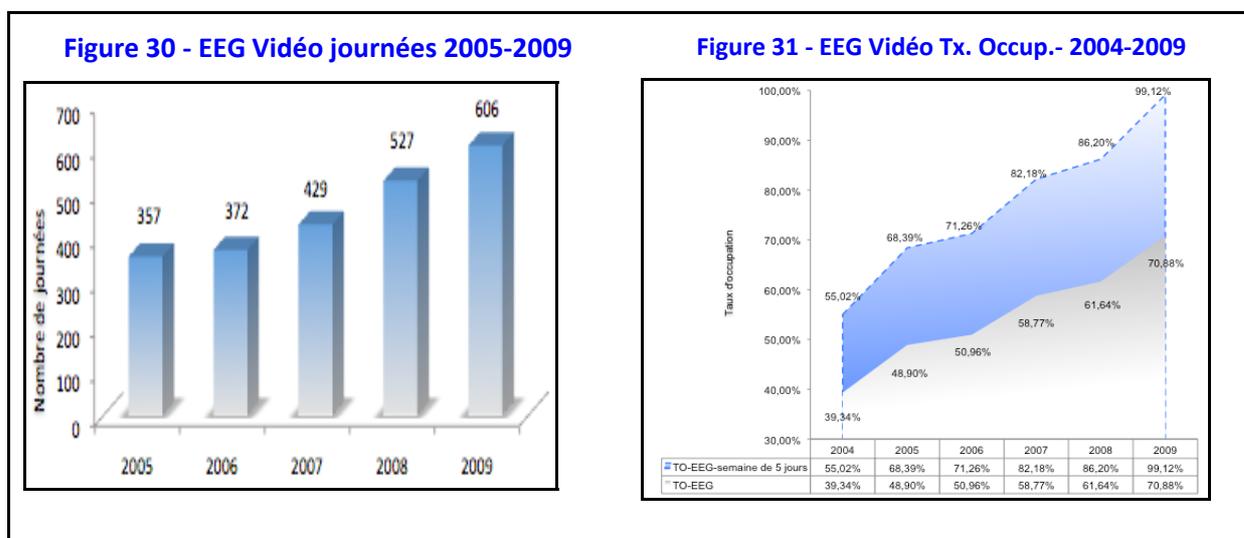


Figure 29 - Nombre total d'entrées EEG Vidéo, période 2000-2009

Le nombre total d'entrées est en hausse constante depuis l'année 2000. Il a été multiplié par trois sur la période (de 43 à 129 entrées entre 2000 et 2008). Cette croissance s'est poursuivie entre 2008 et 2009, année au cours de laquelle ont été enregistrées 166 entrées totales de Vidéo EEG.

Cette hausse importante (+29%) est liée à l'ouverture d'un lit en avril 2008 et à l'augmentation du temps de Neurologue de 0.4 ETP. La durée d'attente externe pour l'EEG Vidéo longue durée reste autour de 2 à 3 mois. La demande interne de ce type d'examen reste forte.



Sur la période 2005-2009, le nombre de journée a progressé de près de 70%. Le taux d'occupation de l'EEG Vidéo connaît une évolution similaire. Son fonctionnement se rapprochant d'un service de semaine, le taux d'occupation peut être rebasé en enlevant les week-ends comme le montre la courbe bleutée sur le graphique ci-dessus. Le taux d'occupation est alors proche des 100% sur la base de cette méthode de calcul plus en adéquation avec le fonctionnement réel de l'EEG.

	Nbre actes 2007	Nbre actes 2008	Nb actes 2009	VAR.07-09
Holter : AAQP 002	41	57	53	29,27%
Sommeil de sieste : A AAQP 006	27	24	37	37,04%
EEG prolongé : B AAQP 006	0	2	0	
EEG standard : AAQP 007	306	361	336	9,80%
Télémetrie : A AAQP 010	37	83	107	189,19%
EEG vidéo de nuit : B AAQP010	0	0	0	
Surveillance 1 jour : AAQP 012	151	309	461	205,30%
Polysomnographie+ TILE : A AMPQ009	0	2	3	
Polysomnographie+ TME : B AMPQ009	0	5	1	

Figure 32 - Actes d'EEG-Vidéo - période 2007-2009

Les actes Télémetrie AAAQP 010 et Surveillance 1 jour AAQP012 correspondent globalement à l'activité EEG Vidéo longue durée, c'est à dire un enregistrement supérieur à 48 heures et inférieur ou égal à 2 semaines. On note une forte progression de cette activité.

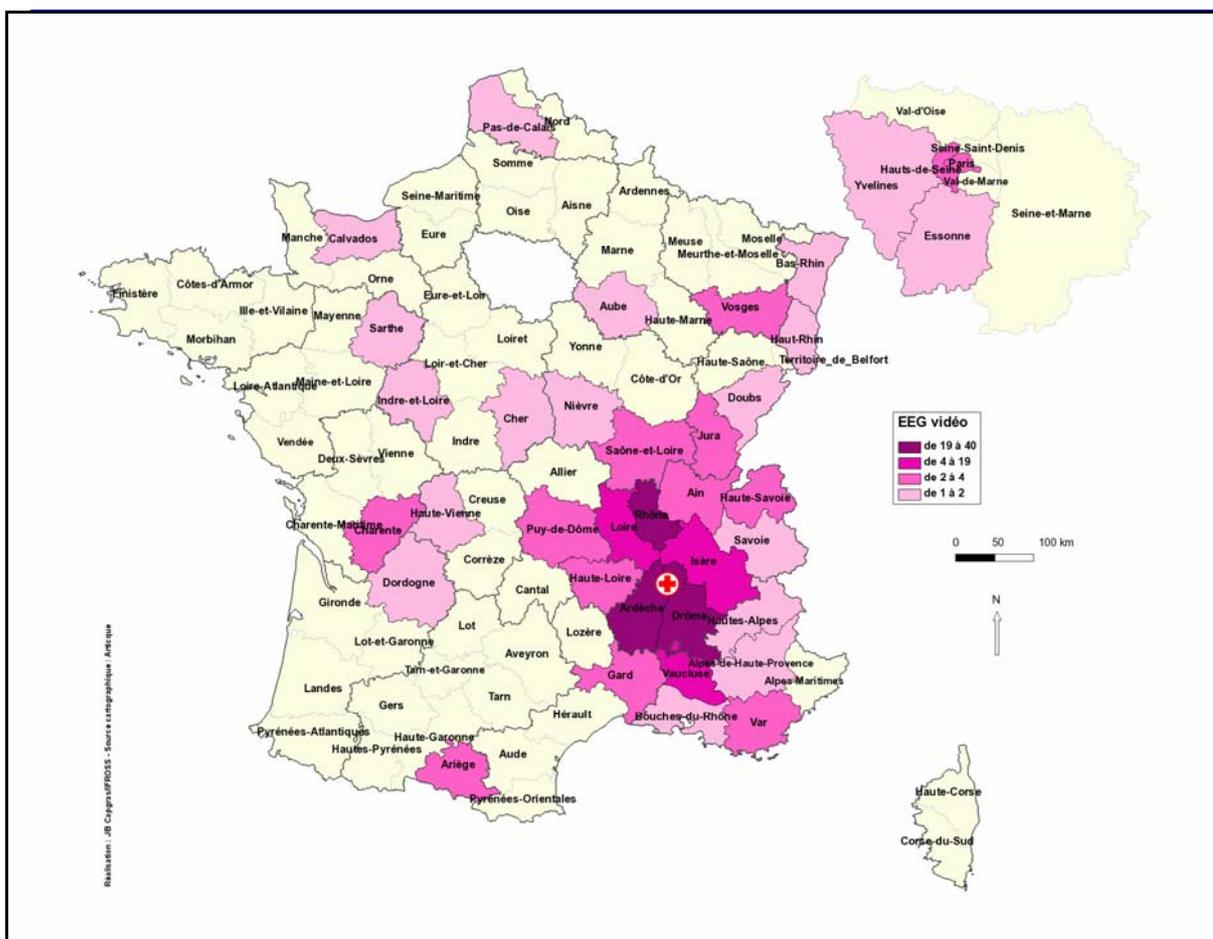


Figure 33 - Origine géographique des entrées d’EEG Vidéo

En 2009, les patients ayant séjourné dans les lits d’EEG Vidéo ont essentiellement été recrutés dans les régions Rhône-Alpes, PACA, Bourgogne et Franche-Comté. Le nombre d’entrées de patients domiciliés dans les départements de la Drôme, de l’Ardèche et du Rhône cumulant de 19 à 40 entrées et des autres départements avoisinant l’établissement de La Teppe montre le dynamisme régional de ce service. Enfin, les domiciliations les plus éloignées soulignent la présence d’une demande d’un niveau national pour ce type d’examen.

Les consultations

La stabilité de l’activité de consultation neurologique entre 2000 et 2005 (de 900 à 1 000 consultations) ne s’est pas maintenue sur la période du précédent projet médical, celle-ci diminuant de 44,5% entre 2005 et 2008 et s’établissant à environ 500 consultations annuelles. Cette baisse est consécutive à l’organisation d’un transfert de temps de consultations d’un neurologue au CH de Romans ayant engendré une réduction du temps de consultation des neurologues sur le site de La Teppe.

Ainsi, la baisse de leur nombre sur les années 2007 et 2008 masque une progression globale de cette activité. De plus, en 2009 ce nombre est revenu au niveau de 2006 sans temps

supplémentaire, ce qui traduit d'une part une forte demande et d'autre part une réponse de l'établissement.

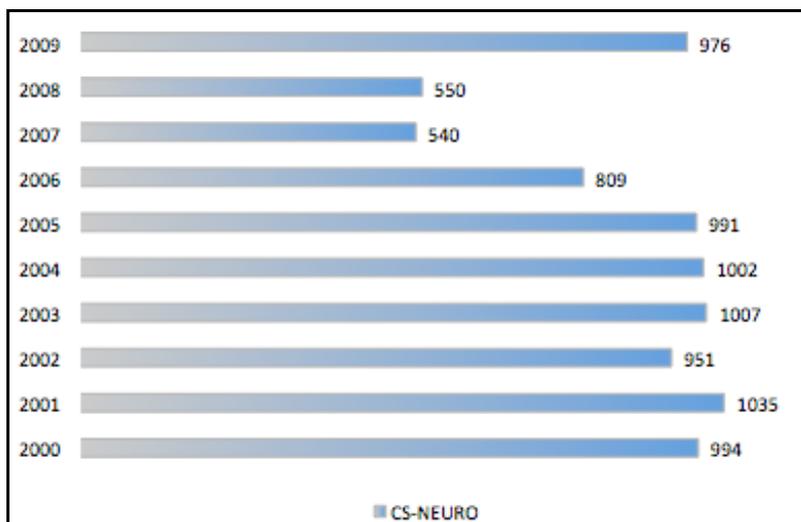


Figure 34 - Consultations de neurologie - période 2000-2009

■ *Le renforcement du pôle épilepsie au niveau régional*

Au niveau régional, les objectifs stratégiques définis lors dernier projet médical ont été de renforcer les partenariats avec le CHU de Lyon et les autres CHU (Grenoble et Grand Sud Est) et de devenir le centre de référence pour les cas plus complexes. Ces axes stratégiques ont été déclinés en deux objectifs opérationnels :

- ☞ **Objectif 5:** renforcer la convention avec le CHU de Lyon en réduisant le délai pour l'enregistrement EEG Vidéo longue durée et en renforçant la prise en charge pré et post chirurgicale dans le domaine neuropsychiatrique en particulier.
- ☞ **Objectif 6:** élaborer une convention avec le CHU de Grenoble.

Après une augmentation forte des collaborations sur l'EEG vidéo avec le CHU de Lyon jusqu'en 2006, celle-ci progresse depuis régulièrement, comme le montre le tableau suivant.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dossiers HCL	15	12	10	17	10	09	11	14	14	16	17
Dossiers présentés à HCL	22	>12	25	>17	14	22	32	34	26	37	34

Figure 35 - Patients EEG Vidéo adressés par HCL. / Dossiers présentés aux HCL

Le nombre de dossiers de patients adressés à l'établissement de La Teppe par le CHU de Lyon est passé de 11 à 17 entre 2005 et 2009. Le nombre de dossiers présentés par les neurologues de La

Teppe à l'équipe du CHU de Lyon progresse également. Tandis que sur la période 1999-2004, les neurologues de La Teppe présentaient environ une vingtaine de dossiers, sur la période suivante (2005-2009), la moyenne du nombre de dossiers présentés est proche de 33.

A la fin de l'année 2009, les relations avec les autres CHU de la région sont restées stables. L'élaboration d'une nouvelle collaboration avec le CHU de Grenoble n'a pas abouti sur la période du précédent projet, cet établissement proposant de façon autonome une offre de santé pour l'épilepsie invalidante.

■ *Le renforcement du pôle épilepsie au niveau national*

L'activité

Trois secteurs composent ce segment d'activité (95 lits) :

- ☞ 1 unité « insertion » 21 lits en 2 sous unités,
- ☞ 1 unité « épilepsie et handicap associé » 32 lits en 2 sous unités,
- ☞ 1 unité « épilepsie et troubles psychiques » 42 lits en 2 sous unités.

Ces unités sont organisées pour répondre à la prise en charge d'épilepsies pharmaco-résistantes avec des troubles associés.

En fonction de plusieurs critères dont les capacités neurocognitives, les troubles physiques, psychiques, l'autonomie, les patients sont orientés dans les différentes unités. Le travail y est ensuite pluridisciplinaire dans un but initialement d'observation puis d'orientation en fonction des différents bilans et ensuite de l'évolution au cours du séjour.

Le dénominateur commun à tous ces services est la prise en charge du patient par une équipe pluridisciplinaire afin de réaliser initialement un bilan global tant sur le plan médical qu'éducatif et social puis définir un projet personnalisé pour aboutir à une orientation dépendante de l'évolution du patient, (cf. schéma ci-dessous)

L'aptitude au travail est évaluée par la mise en situation en ateliers au sein de l'établissement. Ces ateliers thérapeutiques, spécificité de l'établissement médical font partie intégrante de la prise en charge dont ils constituent un élément structurant.

Phases	Fonctions	Intervenants / résultats
Lecture du dossier	Tri des candidatures Compléments d'information	Service des admissions
Accueil	Présentation des intervenants et de la période d'essai	
Période d'essai variable (1 - 3 mois)	Bilan de la période	Si positive, élaboration du projet personnalisé
Projet personnalisé (4 ans maximum) en 2 phases	Projet médical bilan épiléptologiques et psychiatrique traitements	Psychiatres et neurologues en collaboration
Phase 1	Acquisition de l'autonomie, maintien des acquis, intégration des règles de sociabilité	Psychologue, Référent éducateur et infirmier, Ateliers thérapeutiques, Activités sportives encadrées.
	Lien socio familial	Assistants Sociales, éducateurs et Médecins
	Autres rééducations	Psychomotricité, Kinésithérapie, Orthophonie
Phase 2	Orientation, consolidation	Passage dans l'unité insertion ou Recherche de la structure d'orientation et accompagnement à la sortie

Figure 36 - Les grandes étapes du processus de prise en charge.

Les patients bénéficient de moyens diagnostiques comme l'EEG vidéo aidant à caractériser les crises d'épilepsie ou d'autres origine (psychogènes). Sur le plan thérapeutique, les nouveaux anti épiléptiques sont disponibles de même que la possibilité de participer à la recherche clinique par de nouveaux protocoles médicamenteux. Des techniques différentes de traitement non médicamenteux comme la VNS (Vagus Nerve Stimulation) sont également proposées (en collaboration avec le CHU de Lyon et le CHG Hôpitaux Drôme nord site de Romans). Il est aussi mis en place une prise en charge des CNE (Crises Non Epiléptiques) par un travail commun médical et éducatif.

Plusieurs outils sont utilisés pour mesurer l'évolution de la maladie : EEG vidéo réguliers, bilans neuropsychologiques, bilans psychologiques, bilans neuroradiologiques (convention CHG Valence).

La sécurité des patients est un objectif majeur. L'équipe médicale a développé des moyens de prévention du risque de mort subite non expliquée (S.U.D.E.P.) comme l'utilisation la nuit d'interphones et d'oreillers alvéolés. Sur l'unité d'EEG vidéo, les patients parfois sevrés en médicaments sont enregistrés 24 h sur 24 avec surveillance infirmière. D'autres mesures de protections sont en cours de réflexion. Une évaluation de ce risque est en cours sous forme de P.H.R.C. (Projet de Recherche Clinique) multicentrique.

Le Projet Personnalisé reste la pierre angulaire de la prise en charge. Le maintien des acquis, le travail vers l'autonomie et la socialisation restent fondamentaux. La vie au service et le travail en ateliers thérapeutiques en sont les moyens. Le travail pluridisciplinaire porte l'ensemble dans un objectif d'orientation sociale adaptée.

Spécificités de l'unité « insertion » (21 lits en 2 sous unités)

Les patients orientés dans cette unité sont ceux dont les capacités augurent, après une prise en charge pluridisciplinaire classique, une orientation future possible vers le monde du travail.

Ce sont soit des entrées directes extérieures soit des mutations des autres services pour finaliser l'orientation sociale du projet.

La prise en charge par projet personnalisé sur son versant social y est particulièrement renforcée afin de parfaire l'autonomie et les capacités d'adaptation au milieu extérieur par des mises en situation sociales et des stages extérieurs professionnels.

Spécificités de l'unité « épilepsie et troubles psychiques » (42 lits en 2/s unités)

Les troubles psychiques chez l'épileptique ont une incidence plus élevée que dans la population générale: dépression, atteinte grave de la personnalité (dont psychose), détérioration intellectuelle. Ils sont encore plus fréquents pour les patients nécessitant un séjour en institution. Leurs symptômes sont différents des tableaux classiquement connus.

L'intrication des problèmes épileptiques et psychiques pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques spécifiques et nécessite donc une prise en charge spécialisée. Cette prise en charge doit être pluridisciplinaire (Soins actifs neurologiques et psychiatriques, action éducative, participation aux ateliers thérapeutiques de la Teppe).

La collaboration psychiatre - neurologue est indispensable pour éviter les changements de traitements concomitants, affiner la part du neurologique et du psychique (ex : pseudo crises), trouble neurologique pris pour un trouble psychiatrique ou l'inverse, opportunité ou non de réaliser certains examens.

L'objectif est l'amélioration épileptique, des troubles du comportement, de l'autonomie, éventuellement des capacités de travail, pour permettre une insertion sociale

Par ailleurs ces unités accueillent pour des séjours de rupture des patients d'autres unités en cas d'aggravation des problèmes comportementaux

Spécificités des unités « épilepsie et handicaps associés » (32 lits en 2 /s unités)

Elles s'inscrivent entre les deux unités précédentes. Elles accueillent différents types de patients porteurs d'épilepsies pharmaco-résistantes associées à des troubles cognitifs. De surcroît peuvent s'intriquer d'authentiques troubles psychiatriques (psychose, psychose infantile vieillie, trouble graves de la personnalité) dans la mesure où leur retentissement sur la prise en charge n'est pas majeure.

On distingue donc différentes populations :

- ☞ des patients dont la moyenne d'âge est de 18 à 30 ans, dont les plus jeunes, parfois issus d'établissements d'enfants, nécessitent un travail éducatif plus important. Ceux ayant un passé institutionnel plus long sont parfois plus difficiles à orienter ;
- ☞ des patients porteurs d'une épilepsie plus active, à l'origine d'une évolution plus défavorable et notamment de signes déficitaires.
- ☞ des patients présentant le plus souvent, en association avec l'épilepsie, des troubles de la personnalité. Sont a priori exclus les troubles psychiatriques avérés mais l'extension du diagnostic de troubles caractériels conduit en fait à des prises en charge médico-éducatives parfois lourdes.
- ☞ des patients dont les handicaps cumulés (épilepsie, troubles caractériels et troubles déficitaires) perturbent l'autonomie. Le travail éducatif est alors principalement centré sur le maintien des acquis et de la capacité de travail.

Les objectifs de ces unités sont le travail de préparation à la réinsertion, directement, ou par le transfert vers l'unité « insertion et réhabilitation » ou un accompagnement vers d'autres structures médicalisées en fonction de l'évolution.

Le bilan du précédent projet médical

Au niveau national, l'objectif stratégique du dernier projet était de formaliser les filières de prise en charge sur les épilepsies invalidantes. Pour parvenir à cela, l'établissement s'est engagé à améliorer la lisibilité du travail réalisé par les trois unités en France en démontrant l'intérêt du travail réalisé auprès des patients le plus souvent dans l'impasse à l'extérieur (Objectif opérationnel n°7).

Pour parvenir à ces objectifs, la direction et les praticiens de La Teppe ont élaboré un plan de communication national. A des fins de mesure de la lisibilité de l'offre des services du CLE sur un plan national, une étude d'impact auprès des adresseurs et prescripteurs (France entière) réalisée par la société QUALITEL a été lancée en février 2008. Une évaluation et un bilan 1 an après (avril 2009) par QUALITEL révèle une bonne expertise, notoriété et réputation de l'établissement auprès des adresseurs. En effet, 71% d'entre eux ont déjà proposé un séjour au CLE à leurs patients, les trois quarts de ces propositions ayant abouti.

L'évolution de l'activité se traduit par une stabilité des entrées et une diminution de la durée de séjour moyenne. Cette situation jointe à une réduction de la capacité installée (transformation de 20 lits du CLE en EHPAD) a entraîné une baisse du nombre de journées réalisées.

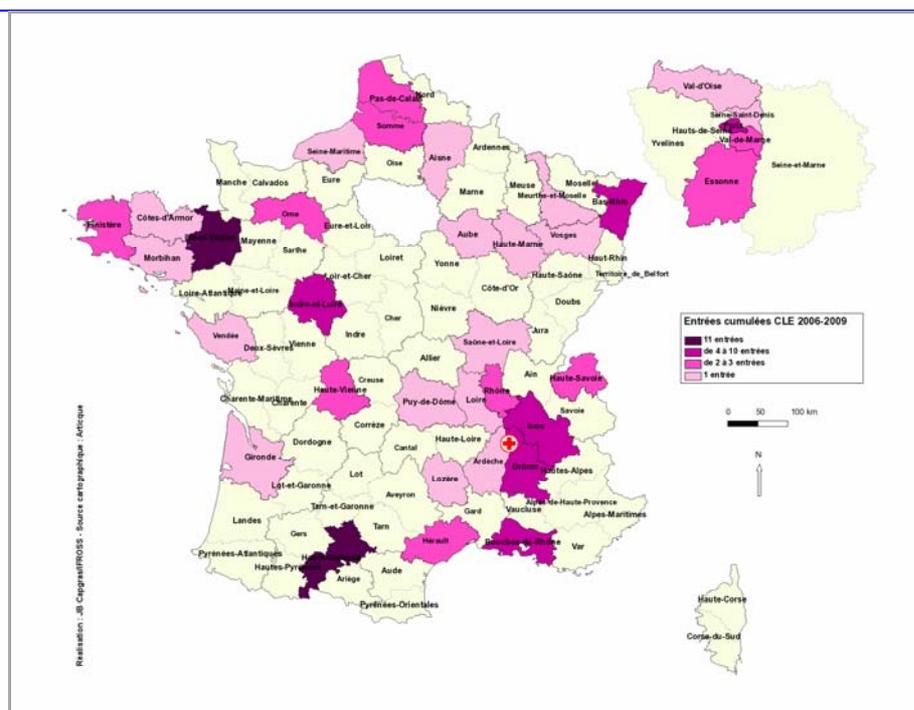


Figure 37 – Origines géographiques des entrées cumulées 2006-2009 au CLE

La carte, ci-dessus, qui présente les origines géographiques des entrées cumulées sur la période 2006-2009 du CLE montre la notoriété nationale de ce service. Les patients hospitalisés à La Teppe viennent de 35 départements différents. Deux départements cumulent plus de 11 entrées sur la période : l’Ille-et-Vilaine et la Haute-Garonne, les départements avoisinant La Teppe cumulant chacun de 1 à 10 entrées sur ces trois années.

4.3 Le projet médical 2011-2016

4.3.1 Le projet médical du pôle épilepsie

Le projet du pôle épilepsie se scinde en deux parties: une activité de neurologie aiguë (consultation, UON & EEG vidéo.) d’une part, les autres lits du Centre de Lutte contre l’Epilepsie (CLE) d’autre part.

- *Le pôle aigu neurologique : consultations - UON - EEG Vidéo*

Projet consultation externe

L’activité

Les 1000 consultations annuelles de neurologie concernent pour 75 % environ des patients épileptiques. Le reste de la consultation est orienté essentiellement vers les maladies dégénératives (maladie d’Alzheimer, démences plus rares et maladie de Parkinson).

Pour l'épilepsie, les 3 neurologues de l'établissement, que ce soit sur le site de Romans ou à La Teppe, se partagent la majorité des consultations locales dans ce domaine.

Il s'agit d'une filière d'admission importante pour les explorations EEG, les séjours d'observation courts et de plus longue durée.

La consultation est le prolongement des diverses activités de la Teppe et complète les hospitalisations et séjours de longue durée. Consultations internes (avis neurologiques sur les patientes de la Cerisaie par exemple) et externes sont sur les mêmes thèmes.

Elle s'articule autour de l'épilepsie:

- ☞ suivi de patients épileptiques pharmaco sensibles ou pharmaco dépendants, enfants ou adultes (recrutement local et régional)
- ☞ suivi de patients épileptiques pharmaco résistants pour orientation diagnostique, enfants ou adultes (recrutement local et régional) en vue de bilan EEG Vidéo, avis pluridisciplinaire en coordination avec le CHU de Lyon
- ☞ suivi de patients épileptiques pharmaco résistants pour avis expert sur orientation médicosociale, enfants ou adultes (recrutement local ou régional – lien centre ressource)
- ☞ de la pathologie gérontopsychiatrique et maladies dégénératives du système nerveux central Pathologie du sommeil : une consultation spécialisée vient de se mettre en place.

Elle exclut donc la pathologie neurologique périphérique, SEP, neuro-oncologie et neurologie vasculaire.

Les besoins

Cette activité fait face à une forte demande locale dans un périmètre de 30 km environ. Cette augmentation a été créée entre autre par le départ du seul neurologue d'Annonay.

Le délai d'attente est actuellement de plus de trois mois. Les besoins sont donc actuellement fortement ancrés sur le territoire de proximité.

Le nombre de consultations annuelles actuelles est de 1000. L'objectif de consultation n'était pas ciblé dans le précédent projet médical. Cette activité se faisait en fonction du temps laissé par l'activité institutionnelle.

Les objectifs

- ☞ Porter le nombre de consultations annuelles à 1500.
- ☞ Maintenir les mêmes indications.
- ☞ Réduire le délai d'attente des consultations externes.
- ☞ Développer une consultation pluridisciplinaire épilepsie et travail (projet en cours avec l'AGEFIPH.)

Les moyens

Cette augmentation d'activité nécessite un renforcement du temps de

- ☞ 0.3 ETP. de neurologue
- ☞ 0.5 ETP de secrétaire médicale

Projet hospitalisation UON

L'activité

L'unité d'observation neurologique (UON) a plusieurs rôles.

Sa première vocation est un service d'accueil de patients extérieurs pour adaptation thérapeutique (séjours de 2 à 8 semaines). Il permet de réaliser des sevrages thérapeutiques ou des introductions médicamenteuses complexes. Le monitoring EEG Vidéo est devenu un guide supplémentaire indispensable. Les observations cliniques et EEG permettent aussi d'éliminer des causes de pseudo pharmaco résistance comme crises d'origine non épileptique ou mauvaise observance thérapeutique.

L'UON est le service d'accueil des urgences de l'établissement et permet de traiter la plupart des états de mal épileptiques et crises sérielles sans envoi en réanimation. Elle permet aussi de traiter à la Teppe des lésions traumatiques chez des patients pour qui le transfert en centre de rééducation serait très mal supporté psychologiquement.

Elle est enfin un service d'observation permettant d'évaluer les possibilités de progression. Il est en effet important de discerner précocement parmi les jeunes adressés ceux pour qui aucun progrès n'est à attendre et la pathologie fixée nécessitera une prise en charge en Foyer d'Accueil Médicalisé d'emblée de ceux pour qui on peut espérer une progression de l'autonomie avec des soins appropriés, notamment dans les unités du CLE.

Les filières d'adressages sont diverses et regroupent les CHU, CHG, des foyers médicalisés ou non (Foyers occupationnels, Foyers d'aide médicalisés non spécialisés en épilepsie, lieux de vie...), la médecine libérale (médecins généralistes, neurologues, psychiatres).

Compte tenu de troubles spécifiques, la valeur ajoutée de ce service est constituée d'un savoir faire pluridisciplinaire dans des lieux adaptés tout en bénéficiant d'un plateau technique avec enregistrements EEG Vidéo.

Le délai d'admission dans cette unité est actuellement de deux mois.

MOTIF (source: comptes rendus de sortie)	
Adaptation thérapeutique (Patients externes)	45.10 %
Observation pour orientation (Patients externes)	13,11 %
Crises sérielles (dont états de mal épileptiques) (Patients internes)	20,75 %
Soins divers (traumatologie pour l'essentiel) (Patients internes)	21,04 %
Total	100,00 %

Figure 38 – UON motifs des hospitalisations

Les besoins

Adapter le nombre de lits à la l'activité avec le transfert d'un lit à l'unité EEG Vidéo.

Les objectifs

Maintenir les quatre grandes orientations de l'UON : évaluation et adaptation thérapeutique des patients externes, observation des capacités de progression et soins pour les patients internes.

Améliorer l'expertise épileptologique et la qualité du bilan par la réalisation plus systématique d'EEG vidéo pour les patients externes et internes.

Raccourcir les délais d'admission.

Moyens

- ☞ 0.2 ETP de Neurologue

Projet EEG Vidéo

L'activité

L'activité EEG Vidéo a été diversifiée pour s'adapter à la diversité des pathologies :

- ☞ L'EEG standard dure 20 minutes (vidéo).
- ☞ Les EEG prolongés durent 1 heure environ (vidéo).
- ☞ Le sommeil de sieste est fondamental pour l'étude des épilepsies frontales.
- ☞ Le Holter est l'EEG ambulatoire (sans vidéo). Il permet d'enregistrer le patient dans des conditions « écologiques » avec ses activités habituelles. Il dure 24 à 48 heures.
- ☞ La télémétrie correspond à une journée avec sieste d'enregistrement EEG vidéo. Elle est souvent suivie de Holter. Elle étudie le tracé de veille et de sommeil et permet une première orientation. Elle est aussi utilisée pour l'étude des hypersomnies.
- ☞ Les EEG de longue durée de surveillance (avec vidéo) durent 2 semaines. Une réduction du traitement antiépileptique est le plus souvent réalisée pour obtenir des crises. Ces enregistrements nécessitent la présence permanente d'une infirmière qualifiée pour interroger et examiner le patient pendant la crise. La synchronisation EEG Vidéo permet au neurologue de reconstituer le déroulement et la propagation de la crise. Les documents EEG Vidéo sont analysés lors de réunions communes avec le service d'épileptologie du

Professeur Mauguière au CHU de Lyon en cas de discussion neurochirurgicale ou de cas complexes.

En dehors de l'EEG standard, le temps d'interprétation par un neurologue est de 1 à 2 heures par examen.

Les besoins

Il s'agit de la partie du pôle aigu qui a connu la plus forte expansion (cf bilan). La création du troisième lit n'a fait que partiellement diminuer le délai d'attente. Il persiste une demande externe forte et de besoins internes plus systématique pour un meilleur diagnostic (cf. ci-dessus UON mais aussi ensemble de l'établissement).

L'activité sommeil et épilepsie sommeil est en plein essor.

L'originalité de cette activité sommeil tient à la double analyse des enregistrements : épilepsie et polysomnographie. Les enregistrements montrent la fréquence de l'association des pathologies du sommeil (syndrome des jambes sans repos et apnées du sommeil par exemple) à l'épilepsie et des confusions diagnostiques. De plus, les apnées du sommeil dans le cadre d'un SAS ont démontré clairement la possibilité d'aggravation de l'épilepsie. Aucune activité de ce type n'est réalisée en Rhône Alpes (Les CHU de Lyon et Grenoble ne s'investissent pas pour le moment dans cette double pathologie).

Les objectifs

Maintien des conventions de lecture d'EEG avec les CHG d'Annonay et Aubenas

Création d'un 4^{ème} lit EEG Vidéo pour:

- ☞ réponse à la demande interne et externe forte avec systématisation des enregistrements EEG Vidéo lors des séjours
- ☞ économie de santé par bilan type CHU en proximité (bilan syndromique, bilan pré chirurgical)
- ☞ orientation vers une activité spécifique épilepsie et sommeil
- ☞ objectif d'augmentation de 160 à 200 entrées par an

Les moyens

Outre la convention qui nous lie déjà depuis 1999 avec le CHU de Lyon, une nouvelle convention avec les CHU de Lyon et Grenoble au cours de la durée du projet médical pourrait voir le jour sur l'activité spécifique épilepsie et sommeil.

- 1 lit d'EEG Vidéo par reconversion d'un lit U.O.N.
- 0.5 ETP de neurologue
- 0.5 ETP secrétariat
- 2 ETP d'IDE

■ *Projet médical du Centre de Lutte contre l'Epilepsie (CLE)*

L'activité

Trois secteurs composent ce segment d'activité (95 lits) :

- ☞ 1 unité « insertion » 21 lits en 2 sous unités,
- ☞ 1 unité « épilepsie et handicap associé » 32 lits en 2 sous unités,
- ☞ 1 unité « épilepsie et troubles psychiques » 42 lits en 2 sous unités.

Ces unités sont organisées pour répondre à la prise en charge d'épilepsies pharmaco-résistantes avec des troubles associés.

En fonction de plusieurs critères dont les capacités neurocognitives, les troubles physiques, psychiques, l'autonomie, les patients sont orientés dans les différentes unités. Le travail y est ensuite pluridisciplinaire dans un but initialement d'observation puis d'orientation en fonction des différents bilans et ensuite de l'évolution au cours du séjour.

Le dénominateur commun à tous ces services est la prise en charge du patient par une équipe pluridisciplinaire afin de réaliser initialement un bilan global tant sur le plan médical qu'éducatif et social puis définir un projet personnalisé pour aboutir à une orientation dépendante de l'évolution du patient, ceci au cours d'une durée maximale de 4 ans.

L'aptitude au travail est évaluée par la mise en situation en ateliers au sein de l'établissement.

Les besoins

Comme nous l'avons montré dans le bilan, le recrutement du CLE est national. La structuration des adresseurs est très éclatée compte tenu de la complexité des mécanismes d'adressage et de la spécificité des patients accueillis.

Pour la filière d'admission, un travail est en place pour fidéliser nos adresseurs (comptes rendus plus fréquents en cours de séjours, informations générales sur l'établissement via le site internet ou l'envoi de courriers). La politique de communication est poursuivie par l'intermédiaire d'interventions régulières au cours de l'année de plusieurs acteurs de l'établissement (médecins, infirmiers, éducateurs, cadres de santé).

Des outils d'évaluations sont tenus à jour comme le nombre d'admission, l'analyse des demandes, de la provenance, les motifs de refus de dossiers. Des outils sur l'analyse du devenir et les éventuels échecs d'insertions à la sortie de l'établissement restent à organiser.

Les objectifs

Ces dernières années, l'observation attentive du territoire et l'évolution des problématiques des patients accueillis ont renforcé l'analyse de besoins non couverts et incitent l'établissement à s'adapter pour mieux répondre à cette demande évolutive et complexe.

- ☞ un besoin important sur le secteur médico-social
- ☞ un besoin sur l'activité aiguë de neurologie avec les consultations et les bilans d'épileptologie comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent.

Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013 constitue par ailleurs un document d'orientation et de cadrage important pour la prise en charge pluridisciplinaire des épilepsies sévères accueillies au CLE.

En effet, si le handicap rare se définit comme la conjugaison d'une rareté des publics, d'une rareté des combinaisons de déficiences et enfin une rareté et une complexité des technicités, l'activité de La Teppe et des services du CLE se trouve depuis très longtemps en correspondance avec cette approche du handicap rare, ici l'épilepsie sévère avec troubles associés.

Les principaux objectifs du schéma national sont de:

- ☞ Mettre en réseau les compétences disciplinaires présentes au sein des établissements et services médico-sociaux
- ☞ développer la formation continue interdisciplinaire des experts des centres de ressources nationaux handicaps rares et équipes relais
- ☞ adapter et renforcer l'accompagnement des personnes ayant un handicap rare

Ces objectifs se traduisent par le plan d'action suivant.

Améliorer le fonctionnement pour s'adapter aux besoins

Hormis les champs d'activité décrits ci dessus, plusieurs domaines sont visés.

La sécurité

Les patients épileptiques pharmaco résistants sont sujets à des crises dangereuses par leurs types (crises toniques, crises généralisées tonico-cloniques) et par leurs conséquences (traumatismes divers, états de mal épileptiques, risques de mort subite). L'établissement, depuis des années a évolué en renforçant la prévention notamment nocturne par l'utilisation d'interphones et d'oreillers spéciaux dits alvéolés. Malgré ces mesures, la lourdeur et le risque croissants des patients accueillis plaident pour renforcer les moyens humains qualifiés (IDE) et la surveillance vidéo la nuit. De jour l'adaptation des locaux (plain pied) de certains services est à envisager.

Les troubles psychiques se sont alourdis et nécessitent des moyens humains pour faire face à une violence dirigée soit sur les patients eux mêmes soit sur le personnel

La qualité de la prise en charge

L'expérience sur les unités « épilepsie et troubles psychiques » et « épilepsie et handicap » a permis de constater qu'une meilleure prise en charge pour des patients devenus plus lourds sur le plan physique ou psychique doit orienter à terme vers la généralisation de petites unités.

La qualité du suivi médical et paramédical

La prise en charge est à améliorer dans deux directions

- ☞ Systématiser les bilans épileptologiques de longue durée (EEG Vidéo) spécifiques à l'établissement pour les cas complexes avec pathologies associées, bilans neuropsychologiques, psychologiques...
- ☞ Organiser des staffs médicaux pluri services avec discussions de dossiers, gages de qualité et véritable richesse du CLE, plébiscités par l'HAS en EPP.

La visibilité du centre de lutte contre l'épilepsie

- ☞ Etablir un programme de recherche clinique plus riche en partenariat avec le CHU de Lyon notamment : l'établissement a déjà participé à plusieurs PHRC: magnéto encéphalographie, impact de la chirurgie de l'épilepsie sur la qualité de vie, réseau SUDEP (en cours)
- ☞ Conforter l'image extérieure –savoir faire de pointe en épileptologie-.
- ☞ Renforcer la présence des médecins et des acteurs paramédicaux en tant qu'intervenants dans les congrès nationaux
- ☞ Permettre des échanges d'idées et éventuellement de personnels avec les centres européens d'épilepsie
- ☞ Maintenir un niveau régulier de publications scientifiques

Développer une nouvelle offre pour mieux répondre aux besoins

Compte tenu des orientations du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares d'une part et de l'émergence de nouveaux besoins d'autre part, il apparaît opportun de penser l'adaptation des services du CLE dans le sens également d'une adaptation quantitative.

Le redimensionnement du nombre de lits du CLE permettrait ainsi de s'orienter vers une demande plus importante en activité aiguë et dans le secteur médicosocial.

Cette adaptation quantitative pourrait s'opérer de deux façons :

- ☞ la réduction de la capacité de l'unité épilepsie et troubles psychiques de manière à assurer une meilleure prise en charge de ces patients spécifiques sur de petites unités
- ☞ l'extension de la capacité du F.A.M. à hauteur de 15 lits en raison de la demande, équilibrée par la réduction d'un nombre équivalent de lits sur le CLE. Cette extension devra s'opérer sans alourdir les structures existantes.

Création d'un centre ressources pour l'épilepsie adulte orienté sur R.-Alpes

Les centres ressources sont en quelque sorte le guichet unique d'accès à un réseau de compétence en l'occurrence. Il s'agira ici de fédérer les intervenants sur le champ de l'épilepsie en Rhône-Alpes, de préciser et de délimiter leurs compétences respectives et de faire en sorte que ce réseau soit accessible via une tête de réseau à savoir l'établissement de la Teppe.

Ce projet a fait l'objet d'un accord avec l'association Epilepsie –France. Il est envisagé de démarrer l'opération de manière expérimentale en 2011 et de tirer un premier bilan en 2012.

Collaboration avec le CHS. S.Egrève (38)

L'unité d'insertion cherchera à améliorer ses pratiques en matière de réhabilitation psychosociale en établissant notamment une collaboration formelle avec l'équipe du Dr GIRAUD BARO, psychiatre, chef du pôle du CHS de St Egrève, Grenoble. La convention visera initialement une formation des équipes aux approches formalisées de réhabilitation psychique. La Teppe proposera en échange des actions de formation dans le domaine de l'épilepsie demandées par le CHS de St Egrève. La collaboration pourra être développée en fonction des besoins et des attentes des deux parties.

4.3.2 Le projet médical du pôle psychiatrie

Le projet médical psychiatrique s'oriente dans trois directions :

- ☞ l'adaptation de l'hospitalisation aux besoins des patientes,
- ☞ l'adaptation de l'activité de consultations,
- ☞ et enfin le développement de la périnatalité pour couvrir les besoins du territoire.

■ *Projet médical pour le pôle psychiatrie : l'hospitalisation*

L'objectif général de ce projet est d'adapter les structures et les dispositifs de prise en charge aux besoins des patientes.

Renforcer le temps de présence médical à la cerisaie.

Les besoins

Comme indiqué dans la partie bilan les engagements pris dans le cadre du projet 3 en matière de nombre d'entrées de type de pathologie et de pourcentages de nouveaux malades ont été pleinement tenus.

Toutefois il s'avère, avec trois années de recul, que la cerisaie doit répondre négativement à environ 30 % des demandes adressées ne peut y répondre en raison du manque de temps de psychiatre disponible; (sur les années 2007, 2008 et 2009 il y a eu en moyenne 660 demandes d'hospitalisation par an avec toujours en moyenne environ 200 annulations annuelles).

Les objectifs

Raccourcir le délai d'admission en éliminant le goulot d'étranglement constitué par le manque de temps médical.

Les moyens

- ☞ 0.5 ETP de médecin psychiatre
- ☞ 0.5 ETP de psychologue

En contrepartie l'établissement s'engagera à porter le nombre d'entrées annuelles à 550 sur les 50 lits existants.

Améliorer les conditions d'accueil: un projet architectural adapté

Les besoins

La clinique a fait l'objet d'une rénovation lourde en 1995. Si le niveau de l'hôtellerie reste honorable, il convient de moderniser le bâtiment en augmentant les surfaces disponibles et en améliorant le standing hôtelier.

Les objectifs

Restructurer le bâtiment Cerisaie dans la période du projet d'établissement 4

Renforcer le secteur art thérapie

Les objectifs

L'activité d'art thérapie représente une alternative de soins à la psychothérapie au même titre que la thérapie à médiation corporelle mise en place avec les psychomotriciennes. Elle se révèle comme extrêmement utile par rapport à la prise en charge des personnes accueillies, il convient d'envisager son renforcement.

Les besoins

0.5 ETP. d'art thérapeute

Création de 5 places d'hôpital de jour pour troubles thymiques en alternative à l'hospitalisation temps plein et à la consultation externe

Les besoins

Les psychiatres de la Cerisaie notent que les délais d'attente dans les hôpitaux de jour alentours « classiques » sont de plus en plus longs. Il est donc de plus en plus difficile pour les patientes accueillies à La Cerisaie d'y trouver une place.

Il est nécessaire de répondre à une demande réelle de patientes en consultation dont l'équilibre psychique fragile nécessiterait un étayage partiel :

- ☞ patientes refusant l'hospitalisation temps plein car ne souhaitant être coupées totalement de leur environnement familial ;
- ☞ patientes en situation de grande solitude, laquelle est un facteur d'entretien de la dépression.

D'autre part, l'hôpital de jour est un moyen de dé chroniciser une hospitalisation temps plein parfois devenue trop longue.

- ☞ pour des patientes en attente d'un placement dont le retour total à domicile peut constituer un facteur de rechute psychiatrique ;
- ☞ pour des patientes appréhendant un retour à domicile et nécessitant une passerelle entre l'hospitalisation temps plein et le retour chez elle.

Les objectifs

Il est envisagé la création de cinq places d'hospitalisation de jour qui doit être centré sur l'accueil des troubles thymiques, afin de se différencier des hôpitaux de jour alentours où la pathologie psychiatrique sévère, très présente, (troubles psychotiques graves) s'allie difficilement avec les pathologies dépressives que nous prenons en charge.

D'autre part, il paraît souhaitable de regrouper en un lieu unique les différentes activités proposées : art thérapie, danse thérapie, psychomotricité, kinésithérapie auxquels pourraient se rajouter des groupes de paroles gérés par les psychologues

La durée de séjour sur cet hôpital de jour serait en moyenne de 3 à 6 mois, 8 à 10 patientes issues des consultations externes pourraient sur une année bénéficier de ce type de prise en charge. En ce qui concerne La Cerisaie, 2 à 3 patientes par mois entreraient dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Les moyens

La construction des locaux nécessaires à cette activité est à intégrer dans le projet immobilier de la cerisaie.

- ☞ 1 ETP d'ide.
- ☞ 0.5 ETP de psychologue
- ☞ 0.5 ETP de psychomotricienne

■ *Projet médical pour le pôle psychiatrie : les consultations*

L'activité

L'activité de la consultation de psychiatrie pour laquelle lors du précédent projet d'établissement la création d'un poste médical supplémentaire avait été obtenue, est conforme voire supérieure aux engagements de l'établissement puisque 2313 C.Psy. ont été réalisées en 2009 alors que le projet d'établissement précédent n'en prévoyait que 2000.

Les besoins

Les consultations psychiatriques se sont imposées comme une nécessité afin de répondre à la demande des patients et des partenaires (les services publics sont très souvent saturés et les délais en libéral sont également très longs pour obtenir un rendez-vous).

L'Unité de consultations permet désormais de répondre aux demandes de suivi pour les patientes prises en charge à La Cerisaie et qui ne bénéficiaient pas de soins ambulatoires en amont. Cela permet une articulation cohérente avec La Cerisaie dans ce sens, mais également de la consultation vers l'hospitalisation. Il existe une continuité dans la prise en charge des patientes présentant des troubles thymiques. Par ailleurs, La Teppe est aujourd'hui repérée par nos partenaires comme un Centre de consultations en psychiatrie, il propose une alternative au secteur public (CMP), sachant que dans les périodes aiguës de décompensation des patientes, une hospitalisation rapide peut leur être proposée.

Nous tentons dans ce sens de répondre aux demandes urgentes de nos partenaires, sachant que l'existence de La Cerisaie est en consultation un atout majeur, mais ce qui était possible à la mise

en route de l'unité ne l'est déjà plus actuellement, les délais d'attente augmentent (actuellement plus d'un mois en moyenne).

Les objectifs

Augmenter le nombre de consultations de psychiatrie. Cet objectif est pleinement en ligne à la fois avec l'objectif d'accessibilité des soins décliné dans le SROSS 3 et à la demande enregistrée par notre établissement. En contrepartie du financement des moyens demandés ci-dessous l'établissement s'engagera à assurer un chiffre de 2800 consultations par an, soit une croissance de 40 %.

Les moyens

- ☞ 0.5 ETP de médecin psychiatre
- ☞ 0,5 ETP de secrétaire médicale

■ *Projet de psychiatrie périnatale*

La Teppe consolidera son engagement dans le domaine de la psychiatrie périnatale dans les années à venir. Elle maintiendra sa position et sa lisibilité, désormais largement acquises. Le projet s'articulera comme aujourd'hui sur quatre axes : actions de formation destinées à tous les acteurs de terrain sur le territoire de santé ; des dispositifs innovants de mise en réseau ; la consultation de psychiatrie périnatale proprement dite et les hospitalisations lorsque celles-ci sont réellement inévitables.

Comme souligné dans le projet précédent, le but principal de La Teppe est de rendre plus avertis, efficaces et opérants les acteurs de terrain ; de potentialiser leur action. Seulement une minorité des cas sera vue en consultation à La Teppe grâce à une orientation très sélective. Les hospitalisations à La Cerisaie ne devraient pas augmenter ; elles devraient rester stables voire diminuer grâce à l'efficacité des actions de prévention.

Le projet se décline sur 13 objectifs dont certains touchent les domaines aujourd'hui non couverts par La Teppe. La réalisation de plusieurs de ces objectifs dépend de l'obtention des moyens nouveaux, entre autres du temps médical. Ici, ils sont déclinés en fonction des thèmes ; l'ordre ne correspondant pas à une quelconque liste de priorités. A noter par ailleurs que dans le domaine périnatal, La Teppe ne fonctionne que depuis moins de deux ans avec les moyens récemment alloués ; un temps de recul est nécessaire avant de se lancer dans de nouveaux projets. Ainsi, plusieurs actions évoquées ici ne seront à l'étude que d'ici deux ans, à mi-parcours du projet médical.

Thème 1: Renforcer l'organisation du réseau et améliorer la qualité

Objectif 1: analyser l'activité périnatale avec des indicateurs pertinents. Faciliter les bilans chiffrés des conventions.

Les objectifs

L'étude des chiffres de périnatalité sera un enjeu important du projet médical à venir. L'analyse minutieuse des données générées par La Consultation de Psychiatrie Périnatale permettra d'optimiser l'utilisation des ressources, la définition de nouvelles orientations et le repérage des besoins non couverts sur le territoire de santé.

La Teppe formalisera cette démarche dès que possible en étudiant notamment : l'origine géographique des patientes, la cartographie des correspondants, l'évolution chiffrée de la collaboration avec chaque maternité, les conseils généraux, les secteurs de psychiatrie et les professionnels libéraux. Repérage des diagnostics, le type de suivi proposé sera affiné. Les indicateurs comporteront également un recensement pertinent des actions de réseaux et de formations (nombre de réunions, nombre de professionnels participants, institutions concernées).

Ces chiffres recueillis et traités plus systématiquement faciliteront les bilans chiffrés des conventions de périnatalité en cours.

Les actions

Etablir une grille d'analyse de chiffres pertinents ; améliorer la méthode de recueil

Etablir des indicateurs en lien avec des conventions et des buts de prévention

Instaurer un suivi pérenne

Les moyens

Temps médical (psychiatre)

Secrétariat, TIM, médecin DIM.

Objectif 2 : Impliquer des représentants d'utilisateurs

Les objectifs

La Teppe donne déjà la parole à une représentante des usagers, non pas au nom d'une association mais en tant qu'ancienne patiente, au Groupe Pivot. D'autres associations d'utilisateurs ou des bénévoles y sont également représentées. En cas de décompensation sévère périnatale, La Teppe organise des rencontres entre une ancienne patiente et la mère en difficulté. Ces rencontres sont perçues comme étant capitales par les mères en souffrance.

De telles options sont à développer et à formaliser.

Les actions

Former un groupe d'anciennes patientes de La Teppe souhaitant parler de leur expérience, témoigner.

Fédérer ces témoignages éventuellement sous forme d'une publication (travaux déjà en cours)

Créer, si opportun, un groupe de parole d'usagers associant des patientes en détresse et d'anciennes patientes en mesure de partager l'essentiel de leur parcours.

Approfondir le partenariat déjà existant avec le groupe de parole « deuil périnatal » du Conseil Général de l'Ardèche (Annonay) ; soutenir la création d'un groupe similaire au CMS de Tournon.

Les moyens

Temps de psychiatre

Temps de secrétariat

Objectif 3 : Maintenir et faire vivre les conventions en place.

En assurer régulièrement les bilans chiffrés. Enrichir et compléter le tissu territorial par de nouvelles conventions.

Les objectifs

Rappel des conventions en place de La Teppe dans le domaine de la psychiatrie périnatale :

- ☞ Conseil Général de L'Ardèche
- ☞ Conseil Générale de la Drôme
- ☞ Antenne psychiatrique des urgences du Centre Hospitalier de Montélimar (mention explicite au domaine périnatal)
- ☞ Maternité du Centre Hospitalier de Valence
- ☞ Pôle femme-enfant de Romans – Hôpitaux Drôme Nord
- ☞ Maternité de la Clinique Pasteur – Hôpital Privé Drôme Ardèche
- ☞ Centre Régional de Pharmacovigilance – CHU Lyon
- ☞ Société Marcé Francophone (domaine de la formation)

Les actions

Prévoir de nouvelles conventions avec les équipes suivantes pour formaliser les collaborations déjà en place :

CHS Le Valmont (pédopsychiatrie et psychiatrie d'adultes)

Service d'Hospitalisation à Domicile du Centre Hospitalier de Crest

Camesop de Valence (domaine de formation, Groupe Pivot)

Campsp de Romans (participation au staff pluridisciplinaire de Romans, Groupe Pivot)

Mentionner explicitement le domaine périnatal dans la rénovation éventuelle de la convention avec l'antenne psychiatrique des urgences du Centre Hospitalier de Valence.

Le cas échéant, prévoir la rénovation des conventions avec les conseils généraux en incluant entre autres le partenariat effectif autour du Groupe Pivot.

Approfondir la collaboration avec ARIP (Association Recherche (In) Formation Périnatalité – Avignon), dans le domaine de la formation (conventions ponctuelles pour les actions de formation organisées). Proposer une « convention cadre » si pertinent.

Formaliser l'adhésion au Réseau Périnatal Aurore de la Région Rhône-Alpes (adhésion formelle initialement refusée car réseau non ouvert aux institutions psychiatriques).

Thème 2: Améliorer les pratiques et développer les compétences

Objectif 4: Créer des staff-EPP sur le territoire de santé.

Les objectifs

« Les staffs-EPP des équipes médico soignantes permettent de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les praticiens exerçant en établissements de santé publics ou privés ». (HAS)

Créer, sur place dans des maternités, des staffs-EPP au cours desquels les enjeux psychiques et psychiatriques seront abordés en présence des obstétriciens, pédiatres, équipes de maternités, pédiatrie, psychiatrie et pédopsychiatrie de secteur et de tout autre acteur de terrain permettra une amélioration de la qualité tangible. L'implication des médecins réticents dans lesdits staffs sera facilitée par la formalisation sous forme d'EPP. De telles actions approfondiront le travail de prévention et souligneront le rôle fédérateur de La Teppe, désormais perçue comme catalysant les rencontres entre professionnels dans ce domaine.

Les actions

Transformer le Staff Pluridisciplinaire de Périnatalité de Romans en staff-EPP

Etudier d'autres localisations possibles d'une telle action sur le territoire

Les moyens

Appui d'une équipe spécialisée de conseil dans ce domaine (CEPPRAL)

Le Staff-EPP de Romans pourrait se mettre en place sans moyens supplémentaires.

La création éventuelle d'autres staff-EPP nécessitera du temps médical supplémentaire.

Objectif 5 : Continuer à créer des staffs pluridisciplinaires de périnatalité

Les objectifs

À l'instar du staff pluridisciplinaire de périnatalité de Romans, créé en 2008 grâce à l'impulsion de La Teppe et ses partenaires, et qui réunit tous les mois autour de la même table les acteurs de maternité, pédiatrie, psychiatrie infanto-juvenile et d'adultes, camsp, conseils généraux et les sages-femmes libérales (liste non exhaustive), La Teppe pourrait jouer un rôle fédérateur et catalyser les collaborations. C'est la meilleure manière de potentialiser les actions des acteurs de terrain, éviter la saturation de la consultation de psychiatrie périnatale de La Teppe, et d'y voir orienter les cas de la manière la plus pertinente.

Les actions

Maintenir, faire vivre et enrichir le Staff Psy Mater 26-07 (Valence)

Créer des staffs ciblés :

Dans les CMS des Conseils Généraux (en priorité Valence, Tain, Tournon)

Avec des médecins généralistes dans le cadre des EPP

Avec des sages-femmes libérales, sous forme de reprise d'entretiens prénataux précoces

Avec les équipes de psychiatrie (notamment du CHS Le Valmont)

Avec des psychologues et psychothérapeutes en libéral, souvent à l'écart des réseaux.

Maintenir la journée annuelle d'étude de cas du Camesop de Valence, déjà organisée selon les principes du Groupe Pivot avec succès en 2009 ; lier cette organisation à La Teppe à travers une convention.

Les moyens

Temps de psychiatre (0.3 ETP)

Temps de sage-femme hospitalière avec mise à disposition conventionnelle (0.2 ETP)

Temps de secrétariat

Objectif 6 : Développer des compétences de psychothérapie adaptées à la situation périnatale. Créer un centre de psychothérapie interpersonnelle (PTI) à La Teppe.

Les objectifs

En partenariat avec le Pr Scott Stuart, président de l'association internationale de PTI, La Teppe contribue déjà à la formation d'un groupe de professionnels francophones désormais initiés à cette méthode. (Les participants à ces ateliers viennent de Bordeaux, Paris, Lyon, Avignon, St Etienne... mais également de l'étranger : Irlande, Israël ; des psychiatres et des sages-femmes de la région ont également participé à ces formations).

Les actions

Formaliser le partenariat avec le Pr. Scott STUART (Université d'IOWA, Etats Unis) par une convention

Initier plusieurs psychiatres de La Teppe à la PTI

Obtenir l'accréditation internationale comme pratiquant, et éventuellement comme formateur de PTI

Former une équipe dans la région ; recrutée par La Teppe ou rassemblée par convention afin de pouvoir proposer à un maximum des patientes la PTI lorsque cela est pertinent

Les moyens

Psychologue formée (0.5 ETP)

Infirmière formée (0.5 ETP)

Psychiatre formé (0.5 ETP)

(Moyens pensés pour une montée en charge progressive afin de suivre une file active de 40 à 50 patients simultanément)

La mise en place d'un tel centre dépend de la création prioritaire du temps médical et de l'obtention des accréditations internationales

Objectif 7 : Maintenir la sensibilisation des équipes de La Teppe

Les objectifs

Il y a plus de dix ans, le projet de psychiatrie périnatale de La Teppe a émergé à La Cerisaie, autour des femmes enceintes hospitalisées. Aujourd'hui, l'activité se déroule en grande partie en ambulatoire et au sein des réseaux. Les équipes de La Cerisaie sont confrontées à peu de situations de périnatalité ; mais par définition, il s'agit des situations complexes où des compétences spécifiques sont nécessaires.

Maintenir et améliorer ces compétences est capital pour la cohérence de l'activité au sein de La Teppe.

Les actions

Proposer des conférences régulières de présentation du projet à l'ensemble de la Teppe, en particulier aux équipes de La Cerisaie.

Maintenir l'implication actuelle des psychiatres et les cadres de La Cerisaie au Groupe Pivot

Négocier un cadre formel pour améliorer la participation des infirmières de La Cerisaie au Groupe Pivot (formation continue)

Soutenir les demandes de formations en périnatalité dans le cadre de la formation continue, d'une manière globale

Imaginer des actions ciblées de formation, comme participation aux staffs, pour certains agents, si pertinent.

Les moyens

Participation et attention spécifique de l'administration de La Teppe

Moyens habituels de formation continue

Thème 3 : Développer l'offre de périnatalité pour mieux répondre aux besoins du territoire

Objectif 8 : Créer un Centre de Ressources en Psychiatrie Périnatale. Créer la possibilité d'orientation téléphonique proposée par une secrétaire compétente ou par un médecin.

Les objectifs

La Teppe possède et centralise des connaissances précises sur des acteurs de terrain en psychiatrie périnatale grâce au travail clinique multidisciplinaire, les efforts de lien quotidiens et des actions de formation. Ces données sont en permanence renouvelées et ajustées ; elles constituent un outil bien plus qu'un « annuaire ».

À condition d'obtenir les moyens nécessaires, La Teppe pourrait mettre en place un service téléphonique d'orientation en psychiatrie périnatale pour les usagers et les professionnels. Un tel

service nécessiterait la mise à jour permanente des données d'une manière encore plus systématique (réunions, visites d'équipes, actions d'information ciblées). On peut imaginer l'association à ce projet d'un temps de sage-femme hospitalière par voie de convention.

Les moyens

Psychiatre (0.2 ETP)

Secrétariat (0.5 ETP)

Sage-femme hospitalière par convention (0.4 ETP)

(Le projet ne peut se mettre en place sans la création en priorité du temps médical dédié)

Objectif 9 : Enrichir l'offre de formation en psychiatrie périnatale de La Teppe en impliquant un maximum d'acteurs de territoire de santé.

Les objectifs

Véritable creuset des pratiques pluridisciplinaires, le Groupe Pivot est plébiscité par les participants. (voir bilan). Les contacts au niveau national de La Teppe pourraient permettre d'enrichir l'offre par des conférences, des formations à thème. De telles rencontres cimenteront les liens et les compétences des acteurs du territoire ; elles augmenteront également la visibilité de La Teppe dans le domaine périnatal. Par ailleurs, La Teppe pourrait formaliser des contacts internationaux à travers les formations à la psychothérapie interpersonnelle, une méthode particulièrement adaptée au contexte périnatal.

Les actions

Garder le dynamisme actuel du Groupe Pivot, en adaptant l'offre éventuellement à l'évolution des attentes. Conduire des enquêtes de satisfaction régulières.

Poursuivre les formations proposées aux équipes de la maternité de la Clinique Pasteur (action déjà réalisée en 2009)

Mettre en place des journées à thème régulières à La Teppe, en faisant intervenir des conférenciers de renom national, en collaboration avec la Société Marcé Francophone. (participation gratuite, ouverte au plus grand nombre)

Créer un module de connaissances de base en psychiatrie périnatale ; le proposer à La Teppe ou ailleurs sur place aux institutions ou équipes intéressées dans le cadre des plans de formation. Formaliser le partenariat avec ARIP, « porteuse » potentielle de ces formations

Etudier la possibilité d'un Congrès National de Psychiatrie Périnatale organisé à Valence, par La Teppe et ses partenaires, en 2013.

Maintenir les contacts internationaux et poursuivre les formations organisées en partenariat avec l'Université d'Iowa (Etats-Unis) et l'association internationale de psychothérapie interpersonnelle.

Les moyens

Temps de qualicien (études de satisfaction de participants)

Soutien logistique et financier de l'administration de La Teppe pour le congrès national

L'ampleur des projets sera déterminée par le temps médical supplémentaire créé.

Objectif 10 : Etoffer, en créant une équipe, la Consultation de Psychiatrie Périnatale de La Teppe.

Les objectifs

Aujourd'hui, la Consultation de Psychiatrie Périnatale proprement dite n'a comme moyen qu'un 50 % ETP de psychiatre. Ainsi, La Teppe ne possède pas d'équipe ; elle se mobilise pour collaborer au maximum avec d'autres équipes.

Par ailleurs, il faut noter que malgré la « création formelle » de cette activité fin 2008, et l'augmentation considérable des consultations, aucun temps de secrétariat supplémentaire n'a été créé. La charge de travail a été gérée par une réorganisation interne et le dévouement du personnel.

Les actions

Renforcer le secrétariat de la Consultation de Psychiatrie à La Teppe d'une manière globale

Etudier la nécessité de créer une équipe pluridisciplinaire en fonction d'évolution de l'activité et des partenariats sur le territoire.

Les Moyens

Temps de secrétariat

Temps médical supplémentaire

Potentiellement, du temps d'infirmier, sage-femme (organisation conventionnelle) et psychologue.

Temps d'assistante sociale (éventuellement en organisation interne)

Activité et hauteur des créations à estimer le moment venu

Objectif 11 : Créer un cadre de travail formel avec les adjoints enfance famille du Conseil Général de la Drôme.

Les objectifs

La Teppe intervient, souvent d'une manière indirecte, autour des grossesses à risque à cause d'un trouble psychiatrique sévère. Ces situations nécessitent également l'intervention des adjoints enfance famille (« information préoccupante », évaluation de la nécessité du placement du nourrisson, la mise en route d'une mesure éducative...)

Tout en gardant le focus sur les troubles thymiques, La Teppe gagnera à formaliser ces échanges avec les adjoints. Ce travail a déjà été entrepris dans la Drôme (sur deux bassins de population Valence et Romans /« Drôme des Collines »).

Les actions

Créer des rencontres régulières avec les adjoints enfance famille et leur encadrement pour harmoniser les pratiques

Enrichir la collaboration déjà en place avec le service social des Hôpitaux Drôme Nord dans ce cadre

Continuer à s'appuyer sur les réunions déjà mises en place à la maternité de Valence dans ce but

Continuer à s'appuyer sur le staff de Romans

Intégrer des présentations thématiques sur ce sujet aux activités de formation de La Teppe

Se coordonner avec l'équipe de périnatalité de la pédopsychiatrie du CHS Le Valmont (Dr Despinoy) dont l'action est importante dans ce domaine. Intégrer cette articulation dans la future convention.

Rester attentive dans ce cadre aux collaborations avec la Maison des Enfants de Bourg-lès-Valence.

Les moyens

Temps de psychiatre

Objectif 12 : Créer une « équipe mobile de parentalité ».

Les objectifs

En cas de trouble psychiatrique ou cognitif sévère chez la mère, et malgré les actions de prévention pendant la grossesse, le nourrisson peut être confié à une famille d'accueil, ou relever d'un « suivi éducatif » contractuel ou imposé par la justice (mesures type IEC ou AEMO). Certains de ces parents peuvent également être encore plus déroutés par un éventuel handicap chez leur bébé.

À partir des constats cliniques nombreux, nous pensons que dans certaines situations très ciblées, il y a nécessité d'un suivi des parents « en tant que parents » par une équipe comprenant le trouble de la mère et les réseaux médicaux et socio-éducatifs. Ce suivi visera une meilleure articulation de l'attention judiciaire légitime, du suivi psychiatrique destiné à prendre en charge le trouble de la mère (toujours indispensable) et de l'intervention des équipes pédiatriques ou de Camsp en cas de handicap chez l'enfant. L'intervention peut être déclenchée dès la grossesse et créer ainsi une continuité entre ante et postnatal, dont le manque est souvent préjudiciable dans ces situations.

Les actions

Réfléchir à l'opportunité de la création d'une telle équipe avec des partenaires potentiels (adjoints enfance famille, équipes de placement, Maison des Enfants, services de psychiatrie et de pédopsychiatrie, maternités et pédiatrie, les camsp).

Si création de l'équipe, s'appuyer sur le partenariat en place avec les Hôpitaux Drôme Nord (service social).

Déterminer plus précisément les buts chiffrés et modalités d'action en fonction des réflexions avec les partenaires.

Les moyens

Phase de réflexion : temps médical

Mise en place :

Temps de psychiatre (0.2 ETP)

Educateur/ éducatrice (1ETP)

Temps de sage-femme ou d'infirmière puéricultrice hospitalières (partage conventionnel)

Objectif 13 : Créer une antenne de la Consultation de Psychiatrie Périnatale à Valence.

Les objectifs

Améliorer l'accessibilité de la Consultation de Psychiatrie Périnatale en la positionnant en partie « en ville », à Valence. Viser un modèle intégratif et lutter contre la stigmatisation en proposant des locaux proches d'autres professionnels de la naissance (sages-femmes, obstétriciens, PMI).

Le cas échéant, inviter certains professionnels, notamment les équipes de PMI, de pédopsychiatrie, et de psychiatrie d'adultes (infirmières de CMP sensibilisées), à consulter dans les locaux de La Teppe « en ville », afin de créer une plateforme d'échange et de coordination.

Proposer, si pertinent, certaines actions de formation dans ces locaux, en améliorant ainsi la visibilité de La Teppe pour les professionnels et le public.

(Cette action ne sera pertinente que si le volume des consultations de psychiatrie périnatale augmente grâce à la création du temps médical supplémentaire, et/ou la constitution d'une « équipe ».)

Les actions

Etude de faisabilité

Les moyens

Location, achat ou partenariat

Le projet se décline sur 13 objectifs dont certains touchent les domaines aujourd'hui non couverts par La Teppe.

La réalisation de plusieurs de ces objectifs dépend de l'obtention des moyens nouveaux, entre autres du temps médical. Ici, ils ont été déclinés en fonction des thèmes dans le texte; l'ordre ne correspondant pas à une quelconque liste de priorités.

A noter par ailleurs que dans le domaine périnatal, La Teppe ne fonctionne que depuis moins de deux ans avec les moyens récemment alloués ; un temps de recul est nécessaire avant de se lancer dans de nouveaux projets. Ainsi, plusieurs actions évoquées ici **ne seront à l'étude que d'ici deux ans**, à mi parcours du projet médical.

4.3.3 Synthèse des objectifs du projet médical

Les objectifs du pôle épilepsie

A/ DEVELOPPER LE SECTEUR INVESTIGATION BILANS

OO. 1. Développer les C. externes de neurologie aiguë, les porter à 1 500/ an

OO. 2. Développer avec l'AGEFIPH une consultation épilepsie et travail

OO. 3. Faire évoluer l'UON

☞ Maintenir les quatre grandes orientations de l'UON : évaluation et adaptation thérapeutique des patients externes, observation des capacités de progression et soins pour les patients internes.

☞ Améliorer l'expertise épileptologiques et la qualité du bilan par la réalisation plus systématique d'EEG vidéo pour les patients externes et internes.

☞ Raccourcir les délais d'admission

OO. 4. Développer l'activité de vidéo EEG

☞ Maintien des conventions de lecture d'EEG avec les CHG d'Annonay et Aubenas

☞ Création d'un 4^{ème} lit EEG Vidéo pour répondre à la demande interne et externe forte avec systématisation des enregistrements EEG Vidéo lors des séjours et réaliser des économie de santé par bilan type CHU en proximité (bilan syndromique, bilan pré chirurgical)

☞ orientation vers une activité spécifique épilepsie et sommeil

☞ objectif d'augmentation de 160 à 200 entrées par an

B/ ADAPTER LE FONCTIONNEMENT DU CLE

OO. 5. CLE: améliorer le fonctionnement pour s'adapter aux besoins :

☞ Renforcer la sécurité

☞ Améliorer la qualité de l'encadrement infirmier et éducatif

☞ Poursuivre le développement de la qualité du suivi médical et paramédical

☞ Renforcer la visibilité du centre de lutte contre l'épilepsie

OO. 6. CLE: Développer une nouvelle offre pour s'adapter aux besoins

☞ réduction de la capacité de l'unité épilepsie et troubles psychiques de manière à assurer une meilleure prise en charge de ces patients spécifiques sur de petites unités

☞ extension de la capacité du F.A.M. à hauteur de 15 lits en raison de la demande, équilibrée par la réduction d'un nombre équivalent de lits sur le CLE recentrés alors sur la qualité et la sécurité

OO. 7. Créer un centre de coordination ressources R.Alpes pour l'épilepsie adulte

OO. 8. Initier une Collaboration avec le CHS. S. Egrève (38)

Figure 39 – Pole épilepsie: récapitulation des objectifs opérationnels

Les objectifs du pôle psychiatrie

C/ Dynamiser la prise en charge à la clinique "la Cerisaie"

- OO. 9. Renforcer le temps médical et fixer un objectif de 550 entrées annuelles
- OO. 10. Restructurer la Cerisaie avec un projet architectural adapté
- OO. 11. Renforcer le secteur art-thérapie
- OO. 12. Création de 5 places d'hôpital de jour pour troubles thymiques
- OO. 13. Augmenter le nombre de consultations de psychiatrie à 2 800 par an

D/ Développer le secteur périnatalité

- OO. 14. Engager les discussions sur le développement du secteur périnatalité.

Figure 40 – pole psychiatrie récapitulation objectifs opérationnels

5 LE PROJET DE SOINS

5.1 Principes généraux

Les projets de soins diffèrent selon les segments d'activité évoqués dans le projet médical. Toutefois ils sont la déclinaison de principes généraux fondateurs de la culture de l'établissement.

5.1.1 La prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire

La prise en charge thérapeutique est assurée par des équipes pluridisciplinaires.

La coordination dans la prise en charge est de la responsabilité des médecins chefs de service et des chefs de départements en co-management. Elle se fait entre autres par des réunions pluridisciplinaires régulières au sein de chaque service.

Les personnels sont régulièrement formés, en interne ou en externe, suivant un plan de formation annuel. Ce plan de formation est élaboré en coordination avec l'encadrement et soumis à l'avis du Comité d'entreprise. Une démarche d'analyse de la pratique est en place par roulement pour la majorité des équipes.

5.1.2 La qualité de la prise en charge personnalisée

Les patients bénéficient d'une prise en charge de qualité fournie par des équipes pluridisciplinaires: médicales, paramédicales, éducatives.

Les patients sont respectés dans leurs droits, leur identité et bénéficient d'une prise en charge personnalisée autant qu'il est possible. La taille de l'établissement et sa division en unités d'une vingtaine de places permettent la mise en place de projets individuels tenant compte de la situation de chaque patient.

Une enquête annuelle de satisfaction des patients est en place. Les résultats sont analysés et diffusés dans les services. Ils donnent lieu à des actions d'amélioration

5.1.3 La sécurité de la prise en charge: une priorité

La sécurité des usagers et des personnels est un objectif prioritaire.

En termes de sécurité passive l'établissement a développé depuis plusieurs années une politique d'aménagement des locaux spécifiquement adaptée aux populations accueillies allant au delà des impératifs réglementaires.

Une cellule de gestion des risques et une procédure de signalement des évènements indésirables ont été mises en place afin d'assurer au mieux cette sécurité.

La liberté d'aller et venir de chaque patient fait l'objet d'une procédure qui demande aux médecins et aux équipes de concilier au mieux pour chaque personne hospitalisée les deux principes de liberté et de sécurité. Un ajustement continu des restrictions éventuelles permet au personnel soignant d'assumer sa responsabilité de garantir la sécurité sanitaire des personnes et de respecter leur liberté.

5.1.4 Le projet thérapeutique personnalisé

Sur l'ensemble des services comportant une prise en charge médico éducative (St André, St Joseph, Louis de Larnage, St Luc et Unité d'Insertion) un projet thérapeutique personnalisé, dit "projet personnalisé" structure le séjour. (Les services Unité d'Observation Neurologique, EEG et Clinique Psychothérapique de la Cerisaie ont un projet de soins centré sur les seules prises en charge infirmière, médicales et paramédicales)

Le projet personnalisé intègre un projet d'orientation, il est l'œuvre de l'ensemble des intervenants dans la prise en charge du patient.

Un référent de projet est nommé, il est l'acteur de coordination de l'ensemble de la démarche. Il a pour mission de centraliser et transmettre les informations concernant le projet. Il facilite le lien entre les intervenants et la cohérence des actions conduites par rapport aux objectifs choisis. Le médecin chef de service et le chef de département sont conjointement responsables de la mise en oeuvre du projet.

La réunion de projet est le lieu de mise en commun des informations, de synthèse, de réflexion et de décision d'équipe. L'avancement du projet est tracé dans le dossier du patient de façon synthétique.

Le patient est au centre du projet et soutenu dans son rôle d'acteur, associé, dans la mesure de ses capacités, à l'élaboration du projet le concernant. Ses besoins et attentes sont recueillis. Les objectifs sont discutés avec lui et son accord est suscité pour la mise en œuvre. Les équipes s'efforcent d'adapter les explications faites au patient à ses capacités de compréhension et de verbalisation.

Il est informé des soins et traitements qui lui sont proposés, le cas échéant une réflexion bénéfiques/risques est instaurée (toujours selon ses capacités de compréhension et de verbalisation).

Les restrictions éventuelles à sa liberté d'aller et venir, qui font l'objet d'une décision d'équipe (soignants, éducateurs et médecins), et les raisons (raisons de sécurité, de santé, d'organisation institutionnelle des soins...) lui sont expliquées.

La famille est un partenaire du projet thérapeutique personnalisé. L'accord du patient doit être exprimé pour établir cette coopération.

Si l'accord est obtenu, la famille est consultée. Les intervenants institutionnels du projet et leurs rôles lui sont présentés (en présence ou téléphoniquement).

Elle est informée -sauf opposition exprimée du patient- régulièrement du déroulement du projet, notamment à chaque étape importante (soins, avancement de la prise en charge et état de santé du patient) La communication et le lien entre le patient et sa famille sont le plus possible favorisés.

5.1.5 Le dossier de soins partagé

L'ensemble des informations concernant la prise en charge infirmière et éducative est consigné dans la partie « dossier de soins » du dossier patient. Ce dossier de soins, sous forme papier, régulièrement tenu à jour, est accessible à tous les acteurs de la prise en charge et seulement à eux (les dossiers sont conservés dans des locaux fermant à clef en l'absence des personnels). Le personnel est sensibilisé à la confidentialité des données concernant les patients. Ce dossier de soins prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin.

Chaque pièce du dossier du patient, dossier de soins compris, est identifiée par un numéro d'identification permanent (NIP) unique pour chacun des patients. La traçabilité du suivi de prise en charge dans le dossier patient fait l'objet d'une évaluation répondant aux indicateurs IPAQSS recommandés par la HAS. (tenue du dossier, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels, prise en charge de la douleur)

5.2 Le soin au Centre de lutte contre l'épilepsie

5.2.1 Prise en charge et éthique

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme dans son article 5 : « [Les établissements de santé] mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

Les incidences psychologiques de l'épilepsie elle-même et du regard social porté sur elle rendent nécessaire une prise en charge globale du patient, un positionnement non seulement technique (recherche diagnostique, ajustement du traitement...), mais aussi une restauration psychique, par la relation soignant-soigné et, au niveau de la vie quotidienne au sein de l'établissement. En effet les missions du soin¹ impliquent un accompagnement structurant,

¹ « Soin » compris au sens large : prise en charge médicale, paramédicale, éducative...

notamment lors des inévitables périodes de crise, des tentations de renoncer, de doute, de réaction face aux sentiments d'injustice, de désarroi profond.

La prise en charge de patients souffrant de cette maladie souvent invalidante, associée parfois à des troubles de la personnalité ne manque pas de susciter un fort questionnement éthique quant à des questions touchant au libre arbitre au consentement éclairé, au binôme liberté sécurité etc.:

Dans ce contexte particulier, c'est sur le terrain, au plus près des réalités que doit émerger une conscience éthique des enjeux de la prise en charge. Il importe de reconnaître aux professionnels, dans le cadre des relations avec celles et ceux qu'ils soignent, la compétence d'un exercice responsable de leurs missions. Il importe également de vérifier l'existence effective de lieux (équipes pluri professionnelles) ou ces questions peuvent être débattues avant décision; Débats et décisions doivent être tracés par un écrit ou la modification d'un écrit éventuellement existant.

Introduire l'éthique dans les pratiques ce ne peut être en définitive selon l'expression du docteur N. LERY " qu'apprendre à gérer, dans l'intimité des émotions et des souffrances, des décisions consensuelles contribuant à l'esthétique de l'humanité dans sa quête d'elle même"

5.2.2 L'Uon

■ *Les particularités de la population :*

L'hétérogénéité de la population est le fait le plus marquant.

L'hétérogénéité est d'age (de 17 à 98 ans) épiléptologique, neurologique, psychologique, psychiatrique, socio familiale, somatique et dans l'importance du handicap. Le service peut accueillir simultanément des patients issus d'un milieu ordinaire ou des patients très déficitaires et doit s'adapter en permanence à ces changements de populations.

L'épilepsie est souvent très active et le service prend en charge les états de mal épiléptiques. L'observation des manifestations des crises permet le diagnostic différentiel entre type d'épilepsie et le cas échéant crises non épiléptiques.

Il est amené à accueillir, à la différence des autres services de la Teppe, des patients dont la pathologie neuropsychiatrique est très variée.

En dehors de pathologie psychiatrique avérée, des difficultés psychologiques sont fréquentes: elles peuvent être la résultante de l'épilepsie, du handicap neuropsychologique, d'un environnement social précaire, de réactions d'hypersensibilité aux médicaments, ou de pathologie psychiatrique. Ces difficultés sont souvent mal appréciées, elles ont pu être omises dans les dossiers d'admission.

Les difficultés comportementales sont fréquentes. La durée du séjour doit être adaptée, sous peine d'apparition de réactions violentes ou dépressives. Les sorties du service en HDT et les mises en chambre d'isolement restent rares.

La démarche de soins est en premier lieu « organisciste ». Elle est réalisée par une équipe à majorité infirmière et aide soignante. Cette organisation permet la prise en charge des patients à pathologie somatique prédominante.

■ *Organisation de la prise en charge*

Les admissions

Une procédure a été mise au point avec un document spécifiant le motif d'admission et la durée du séjour permettant le recueil maximum d'information avant le séjour et gérer les convocations. Ces entrées sont planifiées par le chef de département.

Projet de soins	Durée
Observation et adaptation du traitement	15 jours à 2 mois
Observation	2 à 3 mois
Holters	1-2 jours

Figure 41 – UON Type de séjour et DMS

Dans quelques cas, une visite de pré admission est organisée par la surveillante. La consultation d'admission se fait en présence d'une infirmière. L'examen d'entrée répond à un canevas structuré. Au terme de cette évaluation, est réalisé un projet de soins, consigné dans le dossier auquel le patient donne son consentement

Les soins

Les soins programmés sont des soins hospitaliers habituels, avec visite médicale biquotidienne.

Les soins d'urgence sont dominés par les états de mal épileptique et la traumatologie. Les urgences vitales de la teppe sont assurées par le service avec une ambulance et du matériel de réanimation cardio respiratoire. Elles nécessitent la présence continue de 2 infirmières sur le planning théorique, et au minimum 4 personnes, dont une infirmière matin et après midi.

La surveillance rapprochée du patient nécessite une formation spécifique du personnel à l'épilepsie et des moyens matériels de vidéo surveillance.

L'éducation thérapeutique

Le rôle éducatif de l'infirmière est adapté à la pathologie épileptique et à la personne. Il concerne l'explication du traitement, de sa surveillance, la gestion des horaires, l'amélioration de l'autonomie,

Les patients peuvent être adressés en atelier thérapeutique pour appréciation de leurs capacités et de leur fatigabilité en particulier si l'on envisage le passage dans un service médico éducatif du CLE. Actuellement ces passages en atelier thérapeutique se déroulent de manière précoce, le plus souvent dans la semaine d'admission.

Au cours des réunions hebdomadaires se font les corrélations entre observations quotidiennes et résultats des EEG Vidéo, les discussions des avis psychiatriques, les réflexions éthiques, la réévaluation du projet de soins et les comptes rendus de la prise en charge en atelier.

Les sorties

Les sorties de l'UON se font vers l'extérieur dans la grande majorité.

Perspectives

L'évolution prévisible est une augmentation de la demande régulière d'EEG Vidéo de longue durée et surtout des tracés de sommeil.

5.2.3 Le soin dans les autres services du CLE

Cinq services composent ce pôle, répartis en fonction de la gravité des pathologies des patients et des facteurs socioprofessionnels

Les pratiques de prise en charge et d'accompagnement de ces cinq services sont basées sur un socle commun adapté dans chacun des lieux de soins en fonctions de la population accueillie.

■ *Le Pôle épilepsie et troubles psychiques*

Il accueille des jeunes adultes épileptiques avec troubles psychopathologiques non fixés, sans que ces derniers ne prennent le pas sur l'épilepsie.

Une des missions de ces services est d'accueillir des patients issus des autres services de l'établissement, présentant des troubles psychiques, ponctuels ou non, et nécessitant une prise en charge adaptée à leur état, soit par un séjour court, dit « de rupture », soit par un séjour long, avec un projet personnalisé adapté à l'évolution des troubles du patient.

Le but de la prise en charge est d'améliorer ou de stabiliser l'épilepsie et les troubles psychiques. Il s'agit d'amener le patient à un niveau d'autonomie et de stabilité épileptique et psychique suffisant pour permettre à terme une éventuelle insertion sociale ou l'intégration dans une structure, interne ou non à l'établissement, adaptée à ses possibilités ou encore un retour en famille.

Le premier mois est une période d'observation qui s'articule autour de deux axes principaux : la vie au service et l'intégration dans les ateliers thérapeutiques.

A la fin de cette période un bilan d'observation est effectué, en présence du coordonnateur des ateliers, évoquant la prise en charge globale du patient. A cette occasion la décision de poursuivre l'essai pour deux mois supplémentaires peut être prise. Des actions plus spécifiques peuvent également être décidées.

Durant les deux mois suivants, le patient commence une série de stages dans différents ateliers (selon le « cycle accueil » actuellement en place).

Une prise de contact a lieu avec le professeur de sports qui lui présente les différentes activités proposées. Au cours de la période de stages, la seule participation aux activités sportives hors temps d'atelier est possible.

Comme cela est indiqué dans le livret d'accueil, la liberté d'aller et venir des patients peut connaître des limitations. Ces restrictions doivent être justifiées pour des raisons médicales (pour la réalisation des soins...), sécuritaires (quand les comportements de la personne ou ses difficultés sensorielles, mentales, peuvent mettre en danger elle-même ou autrui), ou organisationnelles (présence aux heures de nuit, de repas,...).

Le bilan des trois mois, à l'issue desquels un bilan psychologique est systématiquement effectué, est la fin de la période d'essai.

Des prises en charge spécifiques peuvent être mises en place, dans le cadre d'une première ébauche du Projet Personnalisé. Le patient est alors orienté vers un atelier thérapeutique.

Au cours de la prise en charge, une orientation adaptée tenant compte des objectifs du projet personnalisé est décidé avec l'avis du patient.

La préparation et la réalisation du projet de sortie sont pluridisciplinaires.

La sortie est organisée et anticipée selon les modalités définies dans le projet personnalisé.

■ *Le Pôle épilepsie et handicap*

Il accueille des patients adultes, porteurs d'épilepsies pharmaco-résistantes avec handicaps associés, dans un but de réinsertion socioprofessionnelle.

La population recrutée au niveau national cumule souvent plusieurs problématiques :

- ☞ une épilepsie pharmaco-résistante, pouvant être accompagnée de troubles psychologiques sans pour autant relever d'une prise en charge psychiatrique
- ☞ une déficience intellectuelle légère ou moyenne
- ☞ un retard d'autonomie d'origine plurifactorielle
- ☞ une impasse sociale et professionnelle
- ☞ souvent une expérience institutionnelle qui n'a pas permis d'aboutir à une orientation satisfaisante.

Le projet personnalisé est la pierre angulaire de la prise en charge. Pour l'élaborer plusieurs étapes faisant intervenir de nombreuses compétences sont nécessaires. Pour ce faire des réunions régulières, auxquelles participent les membres de l'équipe médico-éducative, le médecin chef de service (neurologue), le médecin psychiatre, la psychologue, l'assistante sociale, le coordinateur des ateliers, les éducateurs techniques sont nécessaires.

Le premier mois est une période d'essai : le but pour l'équipe est d'estimer si la problématique du patient correspond au projet du service, de juger si l'intégration du patient est bonne, et si ce dernier est d'accord pour poursuivre la prise en charge dans le service.

A l'issue de cette période un point est fait qui sert principalement à effectuer une synthèse globale de la situation depuis l'admission.

Si une poursuite de la prise en charge est décidée, à l'issue de deux mois supplémentaires, un bilan sera fait avant la mise en place du projet à plus long terme.

Le point du troisième mois entérine la poursuite de la prise en charge ou son arrêt. Dans le cas d'une poursuite du séjour, des prises en charges spécifiques sont déterminées (psychomotricité, entretiens psychologiques etc.), le projet personnalisé est élaboré. Il permet de mettre en place des actions destinées à maintenir et développer certaines compétences, tandis que d'autres permettront de vérifier la validité du projet.

La sortie est organisée et anticipée selon les modalités définies dans le projet personnalisé.

■ *Le Pôle unité d'Insertion*

Il accueille des personnes présentant une épilepsie active se trouvant dans une situation d'impasse psychosociale. Plus que la « gravité de l'épilepsie », c'est le potentiel d'évolution qui est pris en compte. L'accompagnement a pour objectif la préparation des patients à une réinsertion professionnelle, en milieu protégé ou en milieu ordinaire, accompagnée d'une réinsertion sociale

A travers la prise en charge globale qui est proposée, l'équipe de l'unité d'insertion vise à dénouer des situations d'échecs multiples dans le domaine médical, personnel, familial et professionnel, en travaillant sur plusieurs dimensions à la fois.

Une période d'essai de trois mois permet d'évaluer les acquis, les capacités, les potentiels, les handicaps du patient, dans la perspective de l'orientation future.

Durant cette période, les stages en ateliers thérapeutiques sont mis en place, un bilan psychologique approfondi a lieu, complété si nécessaire par un bilan orthophonique.

Si l'évaluation pluridisciplinaire des aptitudes du patient et ses attentes correspondent au projet du service, le projet personnalisé est esquissé: définitions d'objectifs, choix d'orientation en atelier et éventuellement de prises en charge spécifiques (orthophonie, psychomotricité, psychothérapie, kinésithérapie). Il se développe en deux phases :

phase 1

Phase d'accueil et d'observation, axée sur le soin, l'acceptation de la maladie et l'évaluation des capacités globales de la personne (intellectuelles, physiques, de travail, d'autonomie) :

- ☞ Prise de conscience par le sujet de ses possibilités et de ses limites.
- ☞ développement les apprentissages de l'autonomie au quotidien
- ☞ esquisse des grandes lignes du projet personnalisé

phase 2

Phase plus axée sur l'autonomisation sociale et l'insertion. Le passage en phase 2 est caractérisé par un certain nombre de marqueurs :

- ☞ possibilité de gérer son traitement sur 24h (à évaluer au cas par cas),
- ☞ entretien personnel de sa chambre et de son linge,
- ☞ stages professionnels plus exigeants,
- ☞ finalisation du projet personnalisé.

La sortie est anticipée, son organisation est définie au sein du projet personnalisé: orientation en entreprise adaptée, en ESAT, proposition de formation type CRP ou AFPA, orientation Foyer occupationnel... L'assistante sociale est amenée à prendre contact avec les partenaires concernés

5.3 Le soin au pôle de prise en charge psychiatrique

Suivant le même canevas que le projet médical, le projet de soins de La Cerisaie détaille d'abord la pratique soignante telle qu'elle est organisée actuellement au sein de la Clinique Psychothérapeutique de La Cerisaie.

Le projet de soins de La Cerisaie est basé sur une approche pluridisciplinaire et une compréhension multidimensionnelle de la détresse psychique en général et les troubles thymiques en particulier.

Tous les acteurs et notamment l'équipe soignante dans sa globalité apportent leur contribution spécifique à ce projet.

Les 50 lits de La Cerisaie sont organisés en trois unités.

La première, « **l'Unité d'observation** », possède 10 lits et permet une prise en charge plus rapprochée des patientes qui ont besoin d'une présence infirmière plus soutenue : personnes à risque de décompensations aiguës, à fort risque suicidaire, ainsi que des patientes âgées dépendantes.

Souvent, l'entrée se fait dans cette unité ; puis, lorsque l'état clinique de la patiente se stabilise, elle passe dans l'une des deux autres unités.

Les quarante autres lits sont organisés sous forme de deux unités de 20 lits, dites « **Unité 1** » et « **Unité 2** ». Elles proposent des espaces plus larges, plus ouverts, où les interactions entre les patientes sont plus nombreuses.

Chacune des unités dispose d'une équipe infirmière dont chaque membre peut être identifié (étiquette nominative sur les blouses) nommément par chaque patiente. L'engagement individuel de chaque infirmière est la pierre de touche de la réussite des soins au quotidien. Les trois psychiatres de La Cerisaie interviennent à l'Unité d'Observation.

Afin de stimuler les équipes et d'associer les compétences différentes, l'équipe infirmière des unités est réorganisée chaque année et ce turn-over est un facteur dynamisant dans la mesure où il met en contact chaque infirmière avec chaque psychiatre de La Cerisaie, et permet des transferts de compétences entre infirmières.

5.3.1 L'Admission

Comme cela a déjà été détaillé dans le projet médical, La Cerisaie collabore en amont avec une multitude de partenaires. De ce fait, la coordination des admissions est un enjeu stratégique majeur avec un impact important sur le service rendu au patient.

Les admissions sont coordonnées par deux cadres de santé qui reçoivent directement les appels provenant des professionnels ou des patientes elles-mêmes.

Dans ce but, La Cerisaie possède un numéro de téléphone spécifique, qui peut être contacté à tout moment, cinq jours par semaine, entre 8h30 et 17h. Ce numéro, ainsi que les cadres de santé, sont connus notamment par les équipes d'urgence psychiatriques. La disponibilité et le rôle clairement défini des cadres de santé auprès de nos partenaires permettent une concertation rapide et approfondie facilitant l'étude des demandes d'admission.

Les demandes sont étudiées en fonction du degré d'urgence, de la présence ou non d'une tentative de suicide ; les attentes des patientes et de leurs familles sont naturellement prises en compte. Le service se donne le but d'accueillir le plus rapidement possible les demandes d'admission venant des urgences.

La date de l'admission est fixée après concertation entre les cadres de santé et le psychiatre qui sera amené à prendre en charge la patiente.

Chaque personne admise est reçue directement par le psychiatre qui va la suivre pendant tout son séjour. Il n'y a pas d'admission « impersonnelle », et la patiente connaît le nom du médecin qui va l'accueillir.

5.3.2 L'accueil

Après les formalités au Bureau des Entrées, la patiente et sa famille sont reçues par le cadre de santé. Lors de cette rencontre, si l'état clinique de la patiente le permet, les informations concernant le fonctionnement du service, l'organisation des visites, etc. sont communiquées. Ces données sont renforcées par la remise en main propre d'un livret d'accueil et du règlement de fonctionnement.

Ensuite, la patiente est reçue en entretien d'admission par le psychiatre traitant et l'une des infirmières de l'unité.

Cet entretien permet un bilan approfondi de la situation de la patiente. Les informations recueillies peuvent être complétées par une rencontre avec la famille ; c'est également le moment de rassurer l'entourage et d'obtenir leur adhésion aux soins.

La présence d'une infirmière à cet entretien, comme d'ailleurs à tous les entretiens psychiatriques proposés pendant l'hospitalisation, est indispensable. Par sa présence, son attention et sa disponibilité, l'infirmière noue d'emblée un contact de confiance avec la patiente ; elle renforce également le temps d'accueil en accompagnant la patiente lors de son installation dans sa chambre. Au fur à mesure, l'infirmière précise d'autres aspects pratiques du séjour, complète ou nuance les informations données par le psychiatre, présente la patiente aux autres infirmières et soignants.

Grâce à la présence de l'infirmière, le matériel clinique recueilli à l'entretien d'admission sera également partagé lors de relèves effectuées avec les autres membres de l'équipe, afin que l'accompagnement le plus adapté puisse être mis en place dès l'admission.

L'entretien d'admission donne lieu à un compte-rendu écrit de la part de l'infirmière dans le dossier de soins mais également à un compte-rendu formalisé, dicté par le psychiatre, et disponible en principe dès le lendemain dans le dossier médical informatisé pour l'ensemble de l'équipe.

Cette rapidité est essentielle pour la coordination des soins, pour le partage de l'information et pour que chaque acteur de soins puisse trouver sa propre place dans un cadre cohérent. Cela est rendu possible grâce entre autres à un secrétariat dynamique et parfaitement impliqué dans le projet de soins.

Le jour de l'admission, au plus tard le lendemain, le médecin traitant, le cas échéant le psychiatre traitant ainsi que les autres correspondants extérieurs éventuels, sont informés de l'hospitalisation par une lettre envoyée par le secrétariat. L'accord de la patiente est demandé au préalable par le cadre de santé.

5.3.3 Le suivi au cours de l'hospitalisation

Au cours de l'hospitalisation, de nombreux acteurs interviennent auprès de chaque patiente : les psychiatres, les cadres de santé, l'équipe infirmière, les psychologues, l'assistante sociale, l'art thérapeute, les psychomotriciennes, les kinésithérapeutes, le médecin généraliste de la Teppe ; si nécessaire, le neurologue, le neuropsychologue, ainsi que le gynécologue, l'ORL ou l'ophtalmologiste peuvent être également sollicités...

Chaque patiente est revue régulièrement en entretien par son psychiatre traitant à la Ceresaie. Les infirmières sont associées à ces entretiens.

En collaboration avec les psychiatres, l'équipe infirmière propose à chaque patiente d'autres cadres de soins : des entretiens psychothérapeutiques ou des bilans plus approfondis par les psychologues, participation à l'atelier d'ergothérapie/art-thérapie, entretiens avec l'assistante sociale qui peut être amenée à suivre de près certains aspects sociaux intriqués avec la détresse psychique de chaque patiente.

Le service propose si besoin des groupes de paroles animés par des psychologues, un groupe de psychomotricité type « expression corporelle » organisé deux fois par semaine, ainsi que des prises en charge individuelles en psychomotricité type « relaxation » ou « balnéothérapie ». Il existe également deux groupes de gymnastique animés par un kinésithérapeute.

L'ensemble de ces indications de soins ainsi que l'évolution de la patiente dans chacun de ces cadres proposés sont réévalués chaque semaine, lors des réunions cliniques.

Chaque psychiatre organise sa réunion et étudie la situation de chacune de ses patientes avec l'ensemble de l'équipe d'une manière hebdomadaire.

En dehors des cadres cités plus haut, les infirmières formées aux entretiens se tiennent à la disposition de chaque patiente pour des temps de parole et d'écoute. Les observations des infirmières jalonnent l'évolution de chaque patiente, permettant également aux psychiatres de suivre indirectement de près, au jour le jour, chaque situation.

A noter qu'en cas d'absence ou de congé d'un des psychiatres, les remplacements sont organisés: les trois psychiatres de la Cerisaie travaillent alors en deux binômes, les patientes savent exactement quel psychiatre remplaçant elles rencontreront.

5.3.4 La patiente et son environnement familial

La patiente hospitalisée n'est jamais coupée de son environnement familial ; les soins prennent en compte les remarques, les inquiétudes de l'environnement familial et visent également à le faire évoluer.

Les visites ainsi que les sorties « en permission », notamment le week-end, font partie du projet de soins. Pour chaque patiente, elles sont conçues comme étant des moments de rencontres privilégiées avec des personnes importantes de leur entourage.

La Cerisaie, tout en proposant un cadre solide et un suivi soutenu, est un lieu ouvert où les familles se rendent facilement, (des plages horaires « de visites » suffisamment larges sont organisées dans ce but).

En effet, le but de l'hospitalisation n'est pas d'enlever la patiente à son environnement habituel mais d'introduire un recul, une certaine prise de distance permettant une élaboration. Les membres de la famille peuvent être reçus en entretien formel par les psychiatres, en présence de la patiente ; il y a également des contacts fréquents et informels entre l'équipe infirmière et les membres de la famille pour qu'au jour le jour des informations concernant l'évolution de l'hospitalisation soient données aux proches de chaque patiente.

Il est évident que tous ces contacts sont gérés dans le respect du secret professionnel et avec la réserve indispensable qui incombe à chaque professionnel. Néanmoins, l'équipe de La Cerisaie ne se retranche pas derrière la barrière d'un secret médical « fétichisé » et n'envoie pas une fin de non-recevoir aux sollicitations de la famille. La présence de celle-ci est souvent déterminante si on veut aboutir à une évolution positive des troubles pris en charge.

Si l'hospitalisation a lieu dans un contexte de périnatalité, l'équipe porte une attention particulière aux visites du nourrisson ; elle coordonne les rendez-vous sur place de la sage-femme P.M.I. intervenant si besoin

Il faut préciser ici que, comme indiqué dans le livret d'accueil, la liberté d'aller et venir des patientes peut connaître des limitations. Ces restrictions doivent être justifiées pour des raisons médicales (pour la réalisation des soins...), sécuritaires (quand les comportements de la personne ou ses difficultés sensorielles, mentales, peuvent mettre en danger elle-même ou autrui), ou organisationnelles (présence aux heures de nuit, de repas,...).

Ces restrictions font l'objet d'une réflexion et d'une décision d'équipe et d'une prescription écrite réévaluée à période définie.

D'une manière générale, les restrictions de liberté d'aller et venir sont souvent levées dès que l'état clinique de la patiente le permet.

Il s'agit souvent d'une opportunité pour évaluer les progrès obtenus. L'allègement de ces restrictions permet notamment de bien préparer la sortie définitive, de faciliter l'adaptation à l'extérieur de la patiente après son séjour. Cela permet également à la famille de participer aux soins en faisant un retour à travers leurs observations à la fin de chaque permission, sous forme d'échange avec l'équipe infirmière.

5.3.5 Le travail pluridisciplinaire

L'approche thérapeutique proposée par La Cerisaie est pluridisciplinaire : chaque intervenant travaille avec ses propres responsabilités et en sachant que son avis, son observation, sa vigilance, seront déterminants pour la suite des soins. Le psychiatre guide naturellement le projet de soins, mais son point de vue ne s'impose pas d'une manière autoritaire à l'ensemble des intervenants. Bien au contraire, le rôle du psychiatre est beaucoup plus de synthétiser l'ensemble des observations fournies par ses collègues. Cette approche renforce la motivation et les compétences de chacun des professionnels.

Les infirmières sont les garantes de l'organisation d'un quotidien adapté aux besoins de chaque patiente au sein du service. L'écoute infirmière est le temps le plus long au cours d'une hospitalisation et sa qualité détermine souvent l'ensemble des soins. Plus particulièrement, les infirmières sont chargées de mettre en place la surveillance clinique nécessaire puisque La Cerisaie est un service où la dépression est le trouble le plus fréquemment pris en charge et de ce fait, le risque suicidaire y est omniprésent.

L'équipe infirmière essaie de réaliser cet impératif de surveillance sans créer un service inutilement fermé ou sécuritaire, mais sans pour autant réduire la vigilance. Le cas échéant, la liberté d'aller et venir à l'extérieur d'une patiente peut être suspendue ou des mesures plus restrictives sont introduites pour une courte durée, avec l'accord de la famille et de la patiente.

Au-delà d'une simple surveillance, le rôle de l'infirmière est d'analyser en permanence une multitude de données cliniques avec un regard avisé, grâce à de solides connaissances séméiologiques et psychodynamiques, et à un professionnalisme véritable.

Chaque infirmière rend compte de son travail à ses collègues lors des relèves, oralement et par écrit afin d'assurer la continuité des soins. De la même manière, elle synthétise et résume les entretiens du psychiatre et les décisions ou les orientations qui en découlent pour ses collègues.

La capacité d'analyse et de communication de l'infirmière constitue donc la cheville ouvrière du projet de soins. Dans ce sens, l'équipe infirmière bénéficie d'une analyse de la pratique régulière proposée par un professionnel qualifié, extérieur à l'établissement.

Les psychologues reçoivent les patientes seules et proposent ainsi un cadre de psychothérapie plus renforcé. Ce cadre constitue un espace complémentaire, en contrepoint, aux entretiens du psychiatre conduits toujours en présence des infirmières.

Les psychologues peuvent également animer des groupes de parole pour les patientes. Parfois, la psychologue peut co-animer le groupe avec une infirmière : c'est notamment le cas à l'Unité d'Observation où il y a un petit groupe de patientes plus dépendantes ou avec une détresse plus aiguë.

L'assistante sociale de La Cerisaie travaille en lien avec l'équipe mais avec un regard différent sur les défis posés par des situations sociales complexes. Elle peut être amenée à prendre en charge des questions liées à la vie personnelle ou professionnelle (les indemnités journalières, congé longue maladie, divorce, garde ou placement d'enfants, etc.), ou à l'autonomie (préparation de soins au domicile, travailleuses familiales, orientation vers un établissement spécialisé au long cours, mise en place des mesures de protection juridique, etc.). Sa participation et sa spécificité sont indispensables pour un véritable projet de soins multidimensionnel.

L'art thérapeute propose un atelier de recherche et d'expression créatrices comme support thérapeutique ; cette approche est adaptée à chaque patiente dans un mouvement individuel ou de groupe. L'atelier est largement ouvert à toutes les patientes dès que leur état permet leur participation. Multimodal et intégrant une forte composante non verbale, il s'agit d'un complément indispensable aux approches uniquement « verbales » proposées par le psychiatre et le psychologue. A noter d'ailleurs qu'une séquence spécifique d'art-thérapie est organisée à l'unité d'observation à l'intention des patientes plus en difficulté.

Un temps plus formel, « l'atelier terre » est organisé chaque semaine pour un groupe plus restreint à partir de ce matériau comme seul médiateur.

Ces ateliers sont des espaces qui permettent d'échapper à la passivité induite par la situation d'hospitalisation. Il s'agit de lieux de dynamisation indispensables pour que chaque patiente puisse retrouver le plaisir d'une reconstruction, s'étonner, se découvrir capable de rebâtir une nouvelle confiance en soi. Ces moments apportent une stimulation artistique qui ouvre d'autres horizons sur soi, sur le monde.

Les groupes de **psychomotricité** (expression corporelle, prise de conscience du corps...) servent également de complément à ce qui est proposé lors des entretiens divers, toujours basés sur l'expression verbale. La prise en compte du corps à travers l'inhibition ou le vécu de cassure qui s'y inscrivent, permet de mobiliser d'une manière plus efficace certaines patientes. De la même manière, l'approche psychomotrice individuelle sous forme de relaxation ou balnéothérapie permet un enveloppement psychique et un accompagnement plus proche lorsque cela est indiqué.

Les **kinésithérapeutes** animent des groupes de gymnastique deux fois par semaine ; ils peuvent également prendre en charge individuellement les patientes lorsqu'une indication existe sur le plan médical. Leur travail autour de l'autonomie physique des sujets âgés est particulièrement précieux.

5.3.6 Le soin et le traitement

Comme précisé plus haut, le projet de soins de La Cerisaie repose sur une compréhension multidimensionnelle de la détresse psychique.

Naturellement, chaque patiente est évaluée sur le plan médical par le psychiatre qui explore les antécédents personnels et familiaux, les épisodes antérieurs présentés, les traitements et les suivis antérieurs. L'état clinique actuel est soigneusement analysé, aussi bien sur le plan psychique que somatique si nécessaire (consultations complémentaires de médecine générale ou neurologie sur place ; sollicitation éventuelle de consultants à l'extérieur : cardiologue, endocrinologue, etc.).

En ce qui concerne le cas particulier des personnes âgées de plus de 65 ans (surtout si des problèmes somatiques sont associés aux problèmes psychiques) la prise en charge devient plus spécifique. Les patientes sont alors accueillies à l'Unité d'Observation, la surveillance nutritionnelle peut être mise en place avec bilan biologique d'entrée systématisé, suivi de l'IMC, coordination avec les médecins somaticiens (surtout le médecin généraliste), surveillance des repas et adaptation en lien avec la cuisine, éventuellement prescriptions de compléments protéines ou gélifiés en lien avec la pharmacie ; peuvent par ailleurs être mis en place des fiches de surveillances de l'hydratation, de l'alimentation, du transit, des constantes (Fiches dossier de soins n° 11, 24 et 25). En ce qui concerne les poly pathologies et la poly médication : elles sont abordées lors des réunions cliniques hebdomadaires, des alertes peuvent être mises en place par la pharmacienne vis à vis de l'équipe et du médecin (dosages des médicaments, associations médicamenteuses). Enfin le kinésithérapeute

peut être sollicité afin de maintenir les acquis moteurs et l'autonomie en particulier en ce qui concerne l'aide à la marche.

Le psychiatre et l'ensemble de l'équipe se penchent également sur le milieu familial, la dynamique professionnelle, les difficultés sociales de chaque patiente. L'approche psychothérapique, basée sur des notions psycho dynamiques et cognitives, est toujours associée à l'utilisation à bon escient des médicaments psychotropes. La psychothérapie est souvent conduite d'une manière bifocale grâce à la collaboration étroite entre le psychiatre et la psychologue. Les interventions des infirmières constituent des temps d'harmonisation, de mise en lien, de mise en cohérence ; elles consolident l'apport psychothérapique.

Le soin psychique est renforcé par des temps individuels en psychomotricité ou en groupe comme décrit plus haut animés par des psychologues ou la psychomotricienne. L'art-thérapie contribue au cheminement psychothérapique sur une dimension différente.

Concernant les traitements, chaque prescription est faite après information et accord de la patiente et le cas échéant, de sa famille. Des informations claires sont données sur les indications, les effets secondaires, la durée nécessaire du traitement. Cette discussion, loin d'être une formalité, est tout à fait capitale pour éviter les rechutes dépressives, dans la mesure où le maintien d'un traitement à la bonne dose, pour une durée suffisamment longue, va être déterminant pour la suite.

En revenant sur les informations données par les psychiatres lors des entretiens, les infirmières consolident « l'éducation à la santé » de chaque patiente. C'est un des leurs rôles essentiels.

5.3.7 La sortie

En effet, la Cerisaie se préoccupe, de ce qui va se passer pour chaque patiente après la sortie. Elle se donne les moyens de connaître la pratique de l'ensemble des psychiatres en libéral, des équipes de psychiatrie publique en CMP (centre médico psychologique), pour pouvoir proposer le meilleur suivi possible à chaque patiente, selon sa personnalité, ses attentes, ses difficultés et son lieu d'habitation. Ces partenaires sont sollicités pour chaque patiente au cours du séjour afin de programmer sans trop tarder la suite de l'hospitalisation.

Déterminer la date de la sortie est un enjeu majeur. Les permissions et les discussions régulières avec la famille permettent de mieux évaluer la fragilité et le cas échéant l'amélioration de chaque patiente afin de proposer la sortie définitive au moment le plus opportun.

La date de la sortie définitive est fixée en fonction de l'ensemble des observations de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que les attentes de chaque patiente. L'équipe essaie d'éviter d'une

part les départs précipités qui ne provoquent que des hospitalisations à répétition, d'autre part des séjours prolongés qui peuvent fixer certaines patientes dans une chronicité.

La veille de la sortie définitive, la patiente est vue par son psychiatre traitant et par un membre de l'équipe infirmière. Si nécessaire, sa famille est reçue une dernière fois lors de cet entretien. Le psychiatre évalue une nouvelle fois l'état clinique de la patiente, revoit les stratégies de suivi à l'extérieur qui ont été mises en route, s'assure que des rendez-vous ont été effectivement pris, et prépare les documents nécessaires pour d'autres aspects pratiques de la sortie (ordonnance, bons de transports, certificats d'aide-ménagère, etc.).

Les correspondants de chaque patiente reçoivent sous 7 jours un compte-rendu détaillé qui retrace l'évolution au cours de l'hospitalisation. L'équipe infirmière prépare également un compte-rendu d'hospitalisation en synthétisant les observations infirmières tenues au jour le jour.

La préparation des comptes-rendus d'admission et de sortie, l'envoi de plusieurs courriers dans les délais nécessitent un travail conséquent –apprécié par les médecins adresseurs- qui est assumé par le secrétariat médical de La Cerisaie. Les secrétaires médicales participent également au suivi des dossiers sociaux effectués par l'assistante sociale. Leur écoute vis à vis de la famille des patientes ou des correspondants extérieurs est déterminante.

5.4 Objectifs opérationnels

Les projets de soins décrits ci dessus correspondent à l'état des lieux, lequel ne devrait pas évoluer sensiblement lors du nouveau projet d'établissement. Toutefois l'autoévaluation pratiquée dans le cadre de la 3^{ème} visite de l'HAS a permis de cibler un certain nombre d'améliorations qui sont reprises ici comme autant d'objectifs opérationnels.

F/ Faire évoluer le projet de soins en fonction des résultats de la certification.

OO. 15. Evaluer les pratiques en matière de liberté d'aller et venir:

OO. 16. Tracer systématiquement l'efficacité du traitement de la douleur

OO. 17. Formaliser la PEC spécifique des personnes âgées à la Cerisaie et l'UON

OO. 18. Engager la réflexion sur la PEC. de personnes handicapées à la Cerisaie

OO. 19. Intégrer au projet de service UON la PEC des patients en fin de vie

Figure 42 – Projet de soins: objectifs opérationnels

6 LE PROJET SOCIAL

6.1 Principes généraux

Si la TEPPE est un lieu de soins pour les malades accueillis, elle est simultanément un lieu de travail pour plus de 400 personnes (toutes sections confondues) ce qui la situe de très loin comme le premier employeur du canton de TAIN et dans les cinq plus gros employeurs du secteur tertiaire dans le département.

La politique de gestion des personnels s'inspire des principes suivants:

6.1.1 PLURIDISCIPLINARITE

La pluridisciplinarité du personnel est considérée comme la première richesse de l'établissement. Le maintien de la diversité des qualifications est une nécessité et donc une priorité.

6.1.2 POLITIQUE DE L'EMPLOI

La nécessaire adaptation permanente de l'établissement ne doit pas se faire au détriment des personnels en place. Si des évolutions s'imposent la première priorité que se donne l'établissement est la préservation de l'emploi et de la qualification de ses salariés, et leur adaptation éventuelle à de nouvelles activités.

6.1.3 ADAPTATION ET PROMOTION

Dans ce cadre, le plan annuel de formation se donne comme priorités d'une part l'adaptation des personnels aux nouvelles technologies et la promotion interne par le biais de qualifications diplômantes.

6.2 Articulation avec le projet III

Les 4 objectifs du projet social du projet d'établissement précédent qui déclinaient les principes généraux ci dessus, à savoir :

- ☞ la gestion prévisionnelle des effectifs,
- ☞ le recrutement et l'intégration des nouveaux salariés,
- ☞ l'adéquation des savoirs faire avec les besoins des résidents,
- ☞ la santé au travail

... demeurent les axes prioritaires du projet social du projet d'établissement IV.

6.3 Gestion prévisionnelle des effectifs

6.3.1 Données générales

L'établissement se caractérise, outre la classique prépondérance du personnel féminin, par la moyenne d'âge et l'ancienneté élevée des salariés.

Nombre de postes équivalents temps plein	251
Moyenne d'âge des salariés	47 ans
Ancienneté moyenne des salariés	16 ans
Salariés femmes	76 %
Salariés à temps partiel	22 %

Figure 43 – Salariés de l'établissement: données générales

6.3.2 La pyramide des ages

Dans les cinq années à venir l'établissement devra faire face, compte tenu de la pyramide des âges de son personnel, à de nombreux départs en retraite (cf : tableau ci-dessous).

QUALIFICATIONS	NOMBRE
aide soignant	6
éducateur	12
éducateur technique	9
encadrement services	2
garde malade de nuit	4
infirmier	13
médecin	2
orthophoniste	1
psychologue	1
personnel administratif	8
personnel des services logistiques	10
technicien EEG	1
TOTAL	69

Figure 44 – Salariés de 55 ans et plus en 2009 par qualification

Cependant l'évolution de la réglementation en matière de retraite modifie de façon très sensible la possibilité pour l'établissement de prévoir de façon précise l'année des départs en retraite. Précédemment, un salarié ayant un nombre de trimestres lui permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein pouvait être mis à la retraite par son employeur à partir de 60 ans. Désormais un salarié a la possibilité d'exercer jusqu'à 70 ans.

Malgré cela, Il est nécessaire de suivre de façon précise l'évolution de la pyramide des âges par fonction pour les salariés de 55 ans et plus, notamment pour les professions connaissant des tensions sur le marché du travail.

Les fonctions principalement concernées par des tensions sur le marché du travail concernent les médecins spécialistes, les kinésithérapeutes. Depuis début 2010, le personnel infirmier semble également concerné. Il convient de se rappeler des fortes tensions en terme de pénurie de personnel infirmier durant les années 2002-2004 (les années suivantes le nombre d'élèves infirmiers a augmenté de façon sensible).

■ *Objectifs du projet social*

Compenser ces départs en combinant à la fois les recrutements extérieurs (cf le recrutement et l'intégration des nouveaux salariés) et l'accès, pour le personnel en place, à des fonctions nécessitant des qualifications accessibles par la formation et le dispositif de Validation des Acquis et de l'Expérience (cf chapitre « l'adéquation des savoirs faire avec les besoins des résidents »).

6.4 Recrutement et intégration des nouveaux salariés

Le départ important en retraite de salariés nécessite un dispositif adapté concernant l'intégration des nouveaux salariés.

En complément d'un dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés mis en place en 2006 prévoyant :

- ☞ une procédure de répartition des tâches lors d'un recrutement entre l'encadrement du service concerné par ce recrutement et le service des ressources humaines (procédure allant du recrutement à la fin de la période d'essai intégrant la présentation du projet d'établissement, du projet de service, de la démarche qualité et des consignes de sécurité),
- ☞ la généralisation des fiches de fonction utilisées pour présenter le poste,
- ☞ la validation de la période d'essai,
- ☞ la mise à disposition de chaque nouveau salarié d'un document regroupant des informations sur l'établissement et des informations sociales,
- ☞ la présentation de l'épilepsie, chaque mois, aux nouveaux salariés et aux stagiaires, par un médecin neurologue.

Un accord d'Entreprise, signé avec les partenaires sociaux fin 2009, a complété ce dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés par la mise en place d'un groupe de « tuteurs », le tutorat permettant la transmission des acquis et du savoir faire.

L'Etablissement privilégie, chaque fois que possible, le recrutement sur des postes de permanents de personnes effectuant ou ayant effectuées des remplacements. Une fiche d'appréciation des personnes remplaçantes est transmise par le responsable du service accueillant un remplaçant aux services des ressources humaines. Cela permet d'éviter de multiplier les contrats précaires pour des personnes qui ne seraient pas retenues en cas de vacance définitive de poste.

Outre sa mission de « soins » l'Etablissement participe de façon active à la formation des étudiants préparant des diplômes paramédicaux et éducatifs. Cela contribue à faire connaître l'établissement et à susciter des candidatures. L'accueil de ces stagiaires est complété par des présentations de l'établissement par des membres du personnel dans les écoles spécialisées.

■ *Objectifs du projet social*

L'efficacité du dispositif d'intégration des nouveaux salariés passe par l'implication de l'ensemble du personnel, notamment de l'encadrement des services et des tuteurs. Il conviendra de s'assurer du bon fonctionnement de ce dispositif (entretiens individuels, enquêtes de satisfaction...)

6.5 Savoirs faire, organisation du travail & besoins des résidents

Cette articulation nécessite de prendre en compte à la fois les aspirations individuelles des salariés en matière de souplesse de fonctionnement et les contraintes collectives liées à la spécificité du travail hospitalier qui impose une continuité permanente de l'activité.

6.5.1 Organisation du travail

Les projets de services sont les garants de l'adéquation entre les besoins des résidents et l'organisation du travail mise en place pour y répondre.

Un accord d'entreprise négocié dans le cadre de la Réduction du temps de Travail en 2000 a permis d'organiser le travail en cycle selon des modalités prévues par les dispositions réglementaires. Chaque salarié, travaillant de jour, dans les services de soins dispose d'un horaire individualisé. Chaque année les équipes ont la possibilité de remise à plat des plannings. Un système d'organisation du travail en horaire variable est en place pour le personnel de l'administration et des services techniques.

■ *Objectifs du projet social*

L'organisation du travail a un impact direct en matière de pénibilité et santé au travail. Tout projet de réorganisation devra tenir compte de ces éléments.

6.5.2 Organisation des remplacements

La gestion des remplacements est réalisée de façon concertée entre le service des ressources humaines et l'encadrement des services.

Les remplacements pour des absences imprévisibles se font par l'intermédiaire d'un « pool ». Ce groupe de salariés, composé d'infirmier, aides soignants, stagiaires de contact et agents de services est géré directement par l'encadrement des services. Le service du personnel assure les recrutements pour les absences imprévisibles ne pouvant être couverte par le « pool », les absences longues (maternité, congés sabbatiques....) et les congés annuels.

▪ Objectifs du projet social

Un bilan annuel sur l'organisation des remplacements est à effectuer afin d'adapter le dispositif aux besoins et moyens de l'établissement.

6.5.3 Entretiens individuels

Le dispositif des entretiens pour le personnel a évolué fin 2009.

Les entretiens sont réalisés pour les nouveaux salariés dans les six mois suivant leur prise de fonction. Ils sont proposés aux salariés en mobilités de service, aux salariés de retour d'une longue absence et annuellement aux salariés seniors.

Ces entretiens sont l'occasion de faire un bilan sur l'activité professionnel du salarié, de fixer des objectifs, d'envisager des actions en matière de formation, d'adaptation ou d'évolution de poste.

▪ Objectifs du projet social

S'assurer de la pérennité de ce dispositif dans le cadre d'un bilan annuel et du suivi du pourcentage de salariés ayant un entretien. Les cadres nouvellement embauchés devront être formés à la conduite des entretiens individuels.

6.5.4 Aménagement du temps de travail

22% des salariés occupent un emploi à temps partiel au sein de l'Etablissement. Selon les situations de travail cette organisation de travail est imposée à l'embauche ou choisie. Le travail à temps partiel, en dehors des cas prévus par la loi et les dispositions conventionnelles, est encadré par un accord d'entreprise permettant de prendre en compte à la fois les aspirations individuelles et les contraintes collectives de continuité des prises en charge. L'accord d'entreprise sur l'emploi des seniors permet à tous les salariés de 55 ans et plus d'opter pour un travail à temps partiel.

▪ Objectifs du projet social

Eviter, chaque fois que possible, le travail à temps partiel imposé ; préférer, pour ces situations, le travail à temps plein.

6.5.5 Mobilité interne

L'association « Etablissement médical de la Teppe » dans le cadre de ses différentes activités, sanitaires, social et médico social offre la possibilité à ses salariés de varier leurs expériences professionnelles. Basée sur le volontariat, la mobilité interne contribue à limiter les risques d'usure professionnelle.

Les postes vacants sont portés à la connaissance des salariés de l'établissement. Les candidatures des salariés à temps partiel souhaitant augmenter leur temps de travail, les personnes présentant des indications du médecin du travail, les personnes travaillant de nuit souhaitant un poste de jour sont étudiées en priorité.

▪ *Objectifs du projet social*

La mobilité professionnelle, les échanges temporaires de postes sont à encourager mais également à réguler afin d'éviter la perte de cohérence dans le fonctionnement des équipes dans des situations de « turn over » trop important de personnel dans un service.

6.5.6 Formation

Les actions de formation réalisées doivent permettre à la fois l'adaptation des salariés aux besoins de l'Etablissement et l'acquisition de compétences nouvelles nécessaires aux évolutions professionnelles individuelles.

L'ensemble des dispositifs est à mobiliser :

- ☞ Le plan de formation continue,
- ☞ Le congé individuel de formation,
- ☞ Le droit individuel à la formation,
- ☞ La validation des acquis et de l'expérience

▪ *Objectifs du projet social*

Une attention particulière en matière de formation est à porter aux nouveaux salariés, aux salariés seniors et aux salariés fragilisés (rencontrant notamment des problèmes physiques nécessitant une adaptation de leur poste de travail).

Le dispositif de formation au sein de l'Etablissement nécessite un travail concerté avec l'ensemble de l'encadrement et les partenaires sociaux afin d'adapter les besoins de l'Etablissement au cadre fixé par la loi du 4 mars 2004 et de l'accord de branche UNIFAF

6.6 Santé au travail

La prévention des risques professionnels s'inscrit dans un dispositif réglementaire. Il implique différents acteurs : la direction et l'encadrement des services, le responsable de la sécurité et de la gestion des risques, les représentants du personnel, notamment le CHSCT, la médecine du travail.

6.6.1 Le document unique de prévention des risques professionnels

Il permet le suivi :

- ☞ d'indicateurs mesurant, d'un point de vu qualitatif et quantitatif l'évolution de données jugées pertinentes; ces données découlent d'une cartographie de risques identifiés comme représentatifs.
- ☞ des actions mises en œuvre à travers un plan annuel « Santé au travail ».

6.6.2 Le plan santé au travail

Il est le résultat de deux démarches réalisées au sein de l'Etablissement :

Un travail ciblé sur les problèmes de « mal de dos » réalisé en 2005 avec le concours de l'Agence Rhône Alpes de la Valorisation, de l'Innovation Sociale et de l'Amélioration des Conditions de Travail (ARAVIS). ;

Un diagnostic de prévention des risques psychosociaux réalisé durant le premier semestre 2010 par la société AD Conseils.

■ *Le plan santé au travail*

Objectifs

Le plan santé au travail vise à :

- ☞ prévenir les accidents du travail,
- ☞ réduire les risques d'usure et de stress au travail,
- ☞ maintenir dans l'emploi, chaque fois que possible, les salariés en situation de fragilités physiques et psychiques.

Actions en place

- ☞ Formation à la prévention des accidents de manutention par les trois animateurs en manutentions formés au sein de l'établissement,
- ☞ Aménagements ou mobilités de postes en fonction des préconisations de la médecine du travail,
- ☞ Investissement annuel pour l'acquisition de matériel contribuant à la réduction de la pénibilité au travail.

Actions à engager

Ces actions sont à compléter, à partir de 2011 par :

- ☞ La mise en œuvre de l'accord sur l'emploi des salariés « seniors »,
- ☞ La mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des salariés victimes d'une agression,
- ☞ L'accompagnement de chaque nouveau salarié dans le cadre d'un parcours d'intégration en s'appuyant sur des tuteurs,
- ☞ L'adaptation des outils de communication institutionnels aux besoins de chaque équipe,
- ☞ La qualité de la démarche participative des équipes dans l'élaboration des projets les concernant,
- ☞ La mise en place des actions de formations, portant sur l'activité de l'Etablissement, pour le personnel le moins qualifié (connaissance des pathologies, distance professionnelle entre le personnel et les usagers, gestion des situations de violence, accompagnement en fin de vie...),

■ *Objectifs du projet social*

Evaluer l'efficacité des actions mises en œuvre par le suivi des indicateurs du bilan social et du document unique de prévention des risques professionnels et adapter le plan santé au travail par rapport aux résultats de ces évaluations.

6.7 Accompagnement des actions du projet social

Ce projet social doit pouvoir s'adapter dans le temps en fonction d'évolutions internes et externes, ceci en concertation avec les partenaires sociaux. Sa mise en œuvre repose sur la capacité de l'encadrement à maîtriser ses différents aspects.

6.7.1 Communication interne

Dans le cadre de l'élaboration de son Schéma directeur du système d'information, l'Etablissement s'était fixé l'objectif d'améliorer la communication institutionnelle. Le projet étant d'utiliser les technologies nouvelles, réseau informatique, portail intranet, pour diffuser à l'ensemble des salariés les informations les concernant (comptes rendus de réunions, notes d'informations, documents qualité.....). Le portail intranet est opérationnel depuis 2007. Les utilisateurs ont une appréciation positive de cet « outil » (cf : enquête de satisfaction du personnel d'octobre 2008). Il

reste néanmoins un certain nombre de salariés qui ne l'utilisent pas. Ils motivent cela notamment par un manque de temps et la difficulté d'accéder facilement à un écran d'ordinateur.

▪ *Objectif du projet social*

Améliorer l'accès pour l'ensemble du personnel au portail intranet. Organiser régulièrement des séances de formations à son utilisation. Par ailleurs ne pas limiter la communication institutionnelle à ce seul support. L'encadrement des équipes joue un rôle primordial dans la qualité de la communication interne, notamment à travers les réunions d'équipes.

6.7.2 Dialogue social

La direction et les instances représentatives du personnel disposent de différents espaces devant contribuer à la qualité du dialogue social : Réunions des délégués du personnel, du comité d'entreprise, du CHSCT. négociation d'accords avec les délégués syndicaux.

▪ *Objectif du projet social*

Assurer un dialogue de qualité entre la direction et les instances représentatives du personnel.

6.7.3 Mesure de la satisfaction

Une enquête sur la satisfaction des salariés est réalisée tous les quatre ans.

▪ *Objectif du projet social*

Assurer la diffusion des résultats des enquêtes de satisfaction à l'ensemble des salariés. S'appuyer sur les résultats pour la mise en œuvre d'actions devant contribuer à l'amélioration de la vie au travail.

6.8 Objectifs opérationnels

G Développer un projet social de qualité

- OO. 20. Gérer le renouvellement des effectifs
- OO. 21. Veiller à la qualité de l'intégration des nouveaux salariés
- OO. 22. Préserver l'emploi et la qualification des salariés
- OO. 23. Adapter en permanence le dispositif d'organisation des remplacements
- OO. 24. Faire un bilan annuel du dispositif "entretiens individuels"
- OO. 25. Veiller à la cohérence plans de formation / objectifs de l'établissement
- OO. 26. Evaluer l'efficacité des actions de prévention des Risques professionnels
- OO. 27. Adapter les plans de prévention selon les résultats des évaluations

Figure 45 – Projet social: Objectifs opérationnels

7 LA POLITIQUE QUALITE

Le politique et le projet qualité 2011-2015 sont construits à partir du bilan des actions mises en œuvre après la certification 2007, du bilan du projet d'établissement 2006-2010, de l'autoévaluation V 2010 faite en 2010.

7.1 Bilan des actions mises en œuvre suite à la visite 2007

Libellé des décisions HAS	Suivi réalisé par l'établissement	Commentaire synthétique
<i>Renforcer la qualité de la prestation linge</i> (référence 11 critère 11b)	Certification RABC de l'Entreprise Adaptée Blanchisserie (réalisé)	Le prestataire pour le linge plat répondait déjà aux normes RABC Seule l'entreprise adaptée qui gère le traitement du linge patients était concernée par la recommandation.
<i>Renforcer et évaluer la prise en charge des urgences vitales</i> (référence 33 critère 33c)	Mise en œuvre de deux protocoles : « Urgences cardio respiratoires: conduite à tenir » « Urgences crises sérielles et états de mal : conduite à tenir » (réalisé)	Achat du matériel (défibrillateurs) et formation des personnels
<i>Organiser le circuit du médicament afin de s'assurer de la mise en oeuvre des mesures garantissant la conformité de l'administration du médicament à la prescription</i> (référence 36 critères 36a, 36c)	Audit externe Circuit du médicament en 2008 (réalisé) Mise en place de groupes qualité pour la mise en œuvre des actions d'amélioration préconisées suite à l'audit (en cours)	
<i>Poursuivre l'évaluation de la pertinence des pratiques professionnelles</i> (référence 44)	Poursuite de l'évaluation des P. professionnelles avec l'appui du CEPPrAL (Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en Santé Rhône-Alpes) (en cours)	

Figure 46 – Accréditation HAS suivi des recommandations

7.2 Le bilan du projet qualité 2006-2010

L'ensemble des objectifs qualité du projet d'établissement 2006-2010 a été réalisé par les actions suivantes :

- ☞ Regroupement de toutes les informations relatives au patient sur le dossier patient unique.
- ☞ Réactualisation du guide d'utilisation de la partie dossier de soins du dossier patient avec mise à jour de toutes les fiches le composant faite par un groupe qualité.
- ☞ Informatisation des prescriptions permettant une non retranscription de celles-ci.

- ☞ Redéfinition, suite à un audit externe, des modalités d'archivage et refonte de l'ensemble du processus (nouvelle méthodologie d'archivage, réfection des locaux ...).
- ☞ Mise en place en 2010 d'une évaluation de la qualité du dossier patient conforme à l'indicateur de qualité IPAQSS recommandé par la HAS.
- ☞ Mise en place d'un schéma Directeur du Système d'Information dont les caractéristiques majeures portent sur la définition de circuits d'informations cohérents et l'édiction de règles, chartes et principes liés à la création, la diffusion, la mise à disposition et l'accès à l'information.

L'homogénéité des outils logiciels et matériels utilisés et l'ergonomie a été revue.

Un travail important sur la capacité du système d'information de fournir à tout acteur de l'établissement les informations nécessaires a été réalisé notamment par la mise en place d'un portail Intranet accessible à tous les personnels.

D'une manière générale, profitant de l'impulsion donnée par la certification HAS, les processus centrés sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients ont fait l'objet de nombreuses actions d'amélioration non mentionnées dans le projet d'établissement 2006-2010, notamment en ce qui concerne :

- ☞ la tenue du dossier patient (traçabilité des actions, respect de la confidentialité des données),
- ☞ la gestion des risques (définition de la fonction gestion des risques, élaboration et suivi d'une cartographie des risques a priori, formation du chargé de sécurité (licence professionnelle de management de la sécurité et gestion des risques) etc.) (Voir ci-après chapitre 8 La gestion des risques);
- ☞ la sécurisation du circuit du médicament,
- ☞ la poursuite de la rédaction et diffusion de protocoles de prise en charge des patients conforme aux recommandations de bonne pratique.
- ☞ l'informatisation croissante des données pour une meilleure accessibilité (par intranet) et une mise à jour facilitée, etc. (Voir infra chapitre 9 Schéma directeur de l'information).

7.3 Le projet qualité 2011-2015

Le projet qualité 2011-2015 est construit sur la base d'un ensemble de politiques. La déclinaison de ces politiques sur la période du plan sera fonction des résultats de la procédure de certification et des audits qui seront menés.

7.3.1 Politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins

La politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est élaborée par le Comité de Pilotage Qualité. Elle décline les priorités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et vise à obtenir une réduction des dysfonctionnements susceptibles de créer un dommage au patient.

Elle est établie à partir

- ☞ des résultats de la démarche de certification,
- ☞ de l'analyse de questionnaires de satisfaction complétés par les patients et les familles
- ☞ des constats de dysfonctionnements ou d'incidents relevés dans le cadre du dispositif de signalement des événements indésirables,
- ☞ des évolutions des exigences réglementaires et HAS,
- ☞ des résultats des indicateurs,
- ☞ des bilans d'activités et du projet d'établissement 2006-2010

Cette politique est revue chaque année par le Comité de Pilotage Qualité en fonction du bilan annuel des résultats obtenus et du rapport annuel de la Commission des Relations avec les Usagers (CRU)

La politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est déclinée en plans d'action qualité annuels (en lien avec les plans d'action risques).

La politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et les plans d'action sont soumis à l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Collège des Chefs de Départements, du Comité d'Entreprise et de la CRU.

Après la mise en place ces dernières années de nombreux dispositifs, procédures et protocoles ayant pour objectif de mieux structurer la qualité et la sécurité des prises en charges, il est aujourd'hui important, tout en continuant à suivre les évolutions induites par la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques, d'axer la politique qualité de l'établissement sur l'appropriation par l'ensemble du personnel, sur le terrain, de tout ce qui a été instauré.

La politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins se décline par ailleurs en une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et une politique des droits des patients.

7.3.2 Politique d'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est un des points primordiaux de la qualité de la prise en charge.

L'établissement a mis en œuvre dès 2007, des évaluations de pratiques de façon sectorisée au regard des besoins identifiés, avec le développement d'audits qualité centrés sur des processus patients, d'audits cliniques ciblés dans le cadre du plan d'action qualité douleur, ...

Tous les secteurs ont mis en œuvre une EPP qui conduit à un programme d'actions d'amélioration des pratiques.

Pour 2011-2015, il s'agit d'institutionnaliser l'évaluation, de renforcer les démarches, les finaliser et garantir la pérennité du dispositif à moyen et long terme.

Inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins, la politique d'évaluation des pratiques professionnelles est élaborée par la CME. Elle vise à renforcer le développement de l'EPP dans les différents secteurs de l'établissement.

Elle tient compte des orientations stratégiques de l'établissement et s'appuie sur les travaux des collègues de bonnes pratiques.

La stratégie de développement de l'EPP doit être révisée à périodicité annuelle en fonction des résultats obtenus.

Rôles et responsabilités

La CME est chargée de:

- ☞ définir les objectifs annuels en cohérence avec le projet médical, les instances CLIN, CLUD, CLAN..., de planifier les démarches, de les suivre et de les piloter puis de réviser annuellement la politique EPP,
- ☞ définir les besoins en formation et en accompagnement des personnels
- ☞ définir et mettre en œuvre les actions de communication concernant les EPP,
- ☞ mettre en place les outils de mesure d'impact des actions suite aux EPP en lien avec le responsable qualité risques

Le référent EPP nommé par la CME est chargé de coordonner le programme:

- ☞ prépare les réunions
- ☞ accompagne à la demande des pilotes de groupe EPP
- ☞ fait un point régulier en CME
- ☞ rend compte au comité de pilotage qualité

Le pilote EPP :

- ☞ anime le groupe EPP
- ☞ trace les résultats des travaux
- ☞ rend compte au référent EPP de l'avancement des travaux à périodicité définie

☞ est garant de la réalisation de l'EPP conformément au planning défini en CME

En lien avec la certification V 2010 la CME a défini les EPP suivants :

Secteurs	EPP 2010-2011
Epilepsie : EEG Vidéo	« Processus d'admission à l'EEG Vidéo »
Epilepsie : Larnage, St Luc	« Mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire
Epilepsie : tous les services	« La prise en charge des crises sérielles chez les patients épileptiques »
Epilepsie : tous les services	« Education thérapeutique du patient épileptique »
Epilepsie : Unité d'Insertion	« Mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire
Epilepsie : UON	« Processus d'admission à l'UON »
Psychiatrie : Cerisaie	« Traçabilité de l'IMC à la Cerisaie »
Psychiatrie : Cerisaie	« Evaluation du risque suicidaire à la Cerisaie »
Psychiatrie : périnatalité	« Mise en place d'un staff EPP périnatalité »
Tous les services	"Infections urinaires : amélioration de la conformité des pratiques et pertinence du traitement antibiotique »
Tous les services	« Validation de l'administration des médicaments »
Tous les services	« Prise en charge de la douleur aiguë »

Figure 47 – Les EPP. 2010

Méthodologie

Il s'agit de développer des méthodologies pérennes et appropriées à l'établissement sur la base de bibliographie, de recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes ...:

- ☞ mise en place de staff. pluridisciplinaires, réunions de concertation pluridisciplinaire, avec définition de règlements intérieurs ;
- ☞ développement d'audits cliniques ciblés, audits de processus ;
- ☞ développement d'indicateurs de pratique clinique dont les indicateurs IPAQSS...

Mise en œuvre

Des actions de communication interne sont planifiées et mises en œuvre dans tous les services et à l'intention de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge.

Les équipes EPP sont formées et suivies tout au long de la démarche par le CEPPRAL (organisme habilité par la HAS). L'établissement met à disposition des professionnels l'ensemble de la documentation nécessaire à la réalisation des EPP.

La CME assure le pilotage et le suivi sur la base du tableau de bord EPP.

Evaluation du programme EPP

Des états d'avancement formalisés sont transmis au comité de pilotage qualité pour assurer la cohérence dans les programmes d'action.

Un bilan annuel permet des réajustements éventuels ainsi que l'évaluation des impacts des actions réalisées suite aux EPP.

7.3.3 Amélioration de la prise en charge médicamenteuse

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse définit les objectifs suivants :

- ☞ Identification d'un responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse afin de s'assurer que le système de management de la qualité est défini, mis en oeuvre et évalué.
- ☞ Mise en oeuvre d'une étude des risques encourus par les patients liés au processus de la prise en charge médicamenteuse (en lien avec la gestion des risques). Cette étude porte à *minima* sur les risques pouvant aboutir à un événement indésirable médicamenteux, une erreur médicamenteuse ou un dysfonctionnement à chaque étape du processus de la prise en charge médicamenteuse.
- ☞ Mise en place de dispositions organisationnelles permettant de :
 - analyser les causes des événements déclarés ;
 - mettre en place les actions d'amélioration ;
 - assurer un suivi de la mise en oeuvre des actions d'amélioration, en évaluer l'efficacité ;
 - interrompre ou annuler les soins qui ne satisfont pas aux exigences spécifiées;
 - reprendre des traitements interrompus ou annulés après s'être assuré que le problème a été éliminé ;
 - transmettre les événements aux autorités sanitaires dans le cadre des dispositions juridiques de déclaration.
- ☞ Mise en place d'un échéancier de réalisation des actions d'amélioration proposées avec définition des responsabilités associées à leur mise en oeuvre et évaluation de leur efficacité.
- ☞ Mise en place d'un système documentaire relatif à l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse qui contient les documents suivants :
 - un manuel de la qualité comprenant :
 - la politique de la qualité ;
 - les exigences spécifiées à satisfaire ;
 - les objectifs de la qualité assortis d'indicateurs ;
 - une description des processus et de leur interaction ;
 - des procédures, des modes opératoires et des recommandations de bonnes pratiques ...
- ☞ traçabilité de l'étude des risques encourus par les patients au cours de la prise en charge médicamenteuse.

☞ Communication par la direction et les cadres au personnel impliqué directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse des patients sur :

- l'importance à satisfaire les exigences réglementaires et à développer les démarches volontaires ;
- la politique de la qualité et de la sécurité définie ;
- les objectifs de la qualité, dont l'échéancier de mise en oeuvre du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.
- Définition d'un plan de formation pluriannuel afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

7.3.4 Prise en charge des P. âgées et droits des patients en fin de vie

■ Personnes âgées

« La prise en charge de personnes appartenant à des groupes ou populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers nécessite une adaptation de l'organisation des établissements de santé... » (Extrait du manuel de certification V 2010)

La politique de prise en charge des personnes âgées indique que cette prise en charge fait l'objet, en complément des soins habituellement apportés par le service d'accueil, d'une attention particulière portant sur les points suivants :

- ☞ risques de dénutrition
- ☞ risques de déshydratation
- ☞ risques iatrogéniques dus à la polypathologie et polymédication
- ☞ risques liés à la dépression

■ Personnes en fin de vie :

La loi de juin 1999 et la loi du 22 avril 2005 relatives aux droits des malades et à la fin de vie ont consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. La loi du 22 avril 2005 fait aussi obligation aux professionnels de santé de ne pas faire subir aux patients d'obstination déraisonnable par la poursuite d'actes qui "apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie". Elle impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient de refuser tout traitement et organise les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.

La prise en charge des personnes en fin de vie fait l'objet, en complément des soins habituellement apportés par le service d'accueil, d'une attention particulière portant sur les points suivants :

- ☞ informations écrites sur le droit des patients d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées ;
- ☞ modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées définies ;
- ☞ information des acteurs de soins concernés sur les dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie ;
- ☞ faciliter l'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles ;
- ☞ mettre en oeuvre d'une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie ;
- ☞ évaluation pluriprofessionnelle de la prise en charge des patients en fin de vie.

7.3.5 Politique des droits des patients

■ *Intimité*

L'Etablissement Médical de la Teppe se doit de concilier les contraintes de la vie collective et l'épanouissement de chacun dans le respect de son intimité. Elle doit aussi prendre en compte les normes sociales du moment.

Aujourd'hui, le respect de la vie privée et de la sexualité font partie de la liste des nouveaux droits concernant certains groupes de populations, dont les personnes handicapées, qui en étaient jusque-là privées. L'établissement s'inscrit dans ce mouvement destiné à favoriser au mieux toutes les formes de la vie affective des personnes accueillies.

■ *Bienveillance*

L'Etablissement Médical de la Teppe s'engage à mettre en place des modes de prise en charge et d'accompagnement respectueux des personnes accueillies et garants de leur bienveillance.

Cette bienveillance de la personne accueillie est basée notamment sur les points suivants :

- ☞ respect de ses droits et de ses choix ;
- ☞ élaboration avec sa participation d'un projet personnalisé prenant en compte ses besoins et attentes ;
- ☞ promotion de son autonomie en préservant sa sécurité (réflexion bénéfice-risques, liberté d'aller et venir) ;
- ☞ promotion de l'expression individuelle (entretiens individuels) et collective des personnes accueillies ;
- ☞ qualification et formation permanente des personnels ;

- ☞ soutien des professionnels dans leur démarche de bienveillance (sensibilisations, réflexion éthique, prévention des risques psychosociaux, analyse de la pratique...);
- ☞ évaluation permanente des pratiques et de la qualité des soins et de l'accompagnement ;
- ☞ évaluation des risques liés à l'organisation du travail du personnel (taux d'encadrement des personnes accueillies, formation des personnels...);
- ☞ adéquation des locaux par rapport à la population accueillie (accessibilité, confort, plans d'investissement, réhabilitation de locaux...).

■ *Coopération avec les usagers et leurs représentants*

Les patients de l'établissement sont représentés au sein de la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité (CRU).

Ces représentants des usagers sont associés aux dispositifs suivants :

- ☞ élaboration et mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ;
- ☞ traitement et suivi des réclamations et plaintes ;
- ☞ suivi des évaluations de satisfaction patients et familles ;
- ☞ analyse du respect des droits des patients (suivi accès dossier, signalements maltraitance etc.).

En complément du travail effectué avec la CRU un comité de patients se réunit deux fois par an. Les membres de ce comité sont des patients, volontaires, deux maximum par service, qui rencontrent le responsable qualité pour aborder les sujets de leur choix concernant la qualité de la prise en charge dans l'établissement.

Par ailleurs, comme indiqué ci-dessus, les attentes individuelles des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets personnalisés.

Les attentes collectives peuvent s'exprimer au cours de réunions dans les services.

Les compte rendus des réunions CRU et comité de patients sont diffusés par affichage dans les services.

■ *Coopération avec les associations*

Les équipes des services peuvent faire appel à une coopération avec des associations locales en fonction des besoins et attentes de leurs usagers (exemples: interventions régulières du planning familial pour des interventions d'information sur la sexualité, ou collaboration avec le GRETA pour la préparation à la réinsertion de certains patients...)

D'autre part, depuis de nombreuses années, en interne, un dispositif permet d'assurer une cohérence des prises en charges et la mobilité des patients et résidents dans leur parcours entre les secteurs sanitaires et médico sociaux de la Teppe, en fonction de leur besoins.

■ *Questions éthiques liées à la prise en charge*

Certaines situations doivent conduire les professionnels à une démarche de réflexion éthique.

Les questions éthiques pouvant se poser au sein de l'établissement doivent être identifiées et traitées.

L'établissement peut faire appel à un comité éthique externe afin d'obtenir des informations complémentaires.

La politique de l'Etablissement Médical de la Teppe en matière d'éthique est la suivante:

- ☞ mise en place sur Intranet d'une documentation concernant les questions éthiques ;
- ☞ identification des questions éthiques liées à la prise en charge au sein de l'établissement.
- ☞ Choix par chaque unité d'un thème relevant de questions éthiques à traiter dans l'année.

7.4 Objectifs opérationnels

H Simplifier le dispositif qualité, améliorer sa diffusion, Développer les indicateurs

- OO. 28. Initier un programme en fonction de l'évaluation de la bientraitance
- OO. 29. Analyser les résultats, développer et suivre des indicateurs
- OO. 30. Simplifier les protocoles et procédures
- OO. 31. Recueillir et analyser les indicateurs de pratique clinique pertinents
- OO. 32. Réviser périodiquement les indicateurs de pratique clinique
- OO. 33. Réviser annuellement la stratégie de développement EPP
- OO. 34. Engager une politique d'amélioration de la PEC médicamenteuse.
- OO. 35. Finaliser les nouvelles règles sur le respect de la vie intime du patient
- OO. 36. Poursuivre la dynamique d'évaluation relative aux questions éthiques

Figure 48 – Projet qualité: les objectifs opérationnels

8 LA GESTION DES RISQUES

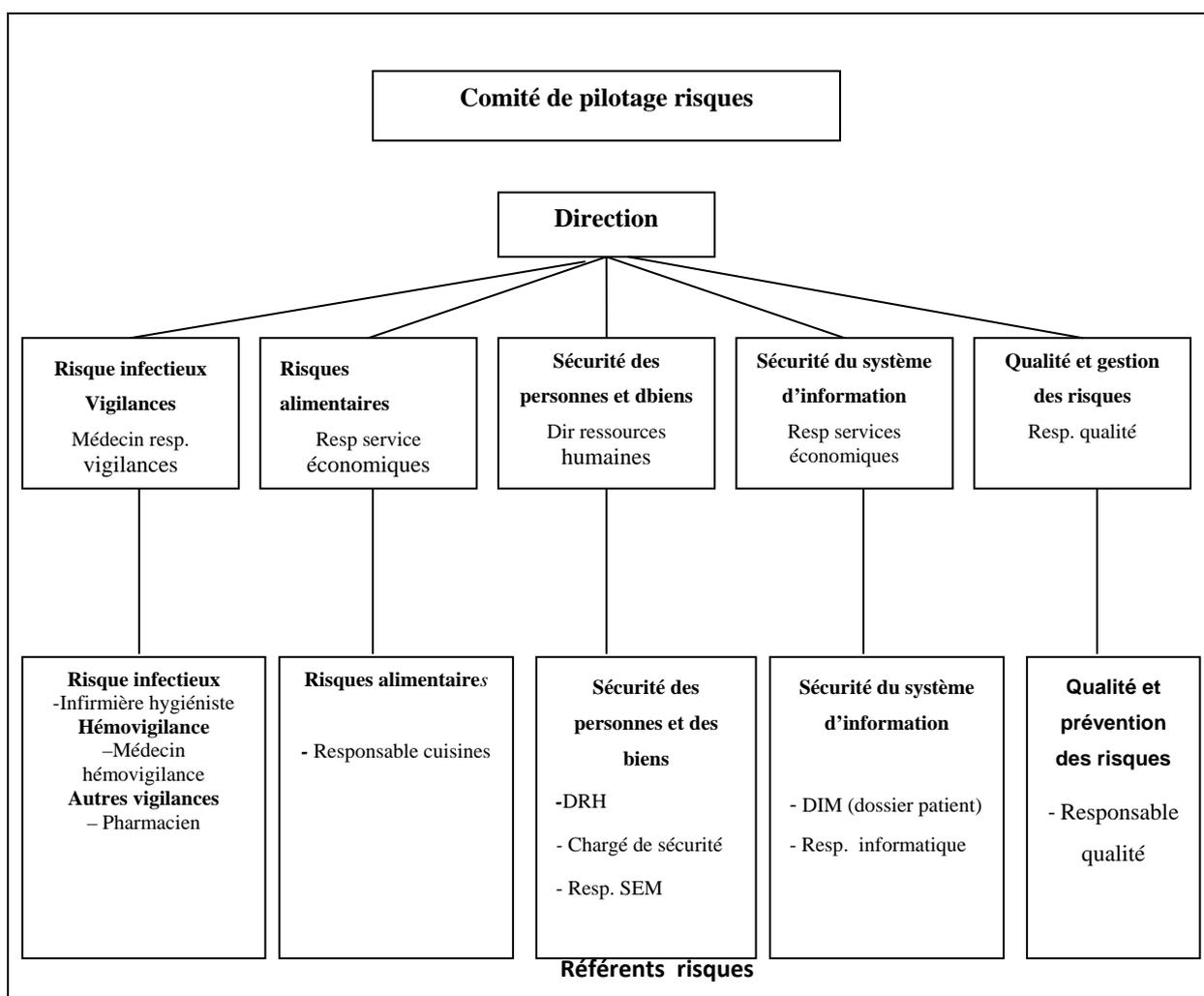
8.1 L'organisation

La gestion des risques en milieu de soins est un impératif posé aux établissements. Elle figure à ce titre en bonne place dans les thématiques touchant à l'évaluation des pratiques et du référentiel de certification.

LA TEPPE a mis en place un Comité de Gestion des Risques volontairement restreint, comité autour duquel se situe des référents risques pour les différents domaines identifiés comme présentant des risques.

Le dispositif est retracé dans le tableau suivant :

Figure 49 – gestion des risques: structuration du dispositif



8.2 La Méthodologie d'analyse des risques

Le comité de pilotage risques recense et analyse les risques. Pour ce faire il détermine la criticité des risques recensés, leur niveau de maîtrise et les hiérarchise afin de décider d'un plan d'actions correctives et préventives.

■ Déterminer la criticité

La criticité se détermine en croisant la gravité estimée d'un évènement potentiel ou avéré avec la fréquence de son occurrence.

Exemple: **l'impossibilité d'accéder au dossier** d'un patient peut porter une atteinte grave à celui-ci voire menacer son pronostic vital (en cas de non connaissance des allergies possibles à tel ou tel médicament signalées dans le dossier par exemple) la gravité est donc classée G5...

Echelle de gravité

Gravité	Pour le patient	Pour l'établissement
G 1 Mineure	Insatisfaction	Conséquences mineures
G 2 Significative	Inconfort	Désorganisation mineure
G 3 Sérieuse	Atteinte superficielle	Pertes financières mineures
G 4 Critique	Atteinte grave	Désorganisation importante
G 5 Dramatique	Menace du pronostic vital	Pertes financières importantes
G6 Catastrophique	Décès	Impossibilité de fonctionner

Figure 50 – gestion des risques: échelle de criticité

Echelle de fréquence

... mais l'inaccessibilité au dossier est d'une probabilité rare, classée donc F 2....

Fréquence	
F 1 Très rare	Jamais produit ou inférieur à 1 fois par an
F 2 Rare	Rarement produit mais supérieur à 1 fois par an
F 3 Occasionnel	Supérieur à 1 fois par an mais inférieur à 1 fois par mois
F 4 Fréquent	Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine
F 5 Très fréquent	1 à 2 fois par semaine
F 6 Habituel	Supérieur à 2 fois par semaine

Figure 51 – Gestion des risques: échelle de fréquence

Marelle de criticité =:Gravité X Fréquence = Criticité

l'inaccessibilité au dossier est donc d'une criticité évaluée à

Gravité 5 X Fréquence 2 = 10 ...

Gravité \ Fréquence	F 1 Très rare	F 2 Rare	F 3 Occasionnel	F 4 Fréquent	F 5 T. fréquent	F 6 Habituel
G 1 Mineure						
G 2 Significative						
G 3 Sérieuse						
G 4 Critique						
G 5 Dramatique		<i>Inaccessibilité dossier patient</i>				
G 6 Catastrophique						

Figure 52 – Gestion des risques: marelle de criticité

Hierarchisation des niveaux de criticité

De 1 à 3= très faible

De 4 à 6 = faible

De 7 à 9 = moyenne

De 10 à 14 = élevée

Au delà de 14 = très élevée

Gravité \ Fréquence	F 1 Très rare	F 2 Rare	F 3 Occasionnel	F 4 Fréquent	F 5 T. fréquent	F 6 Habituel
G 1 Mineure						
G 2 Significative						
G 3 Sérieuse						
G 4 Critique						
G 5 Dramatique		<i>Inaccessibilité dossier patient</i>				
G 6 Catastrophique						

... Son niveau de risque est donc d'une criticité élevée (située entre 10 et 14)...

Figure 53 – Gestion des risques: hiérarchisation des niveaux de criticité

■ Définir leur niveau de maîtrise

Echelle du niveau de maîtrise

Niveau de maîtrise	
M 1 Très bon	Amélioration continue sur le risque identifié
M 2 Bon	Evaluations du risque réalisées mais pas d'actions correctrices
M 3 Moyen	Procédures et formations en place mais pas d'évaluation
M 4 Faible	Pas de procédures, pas de formation
M 5 Mauvais	Personnel pas informé
M 6 Inexistant	Risque pas identifié

Figure 54 – Gestion des risques: échelle de maîtrise

... s rien n'est dit de la conduite à tenir en cas d'inaccessibilité au dossier (en raison d'une panne informatique durable par exemple que fait-on ?), le risque sera considéré comme non identifié il sera classé M6...

■ Hiérarchiser les risques

Hiérarchie = Criticité X Niveau de maîtrise

Maîtrise \ Criticité	C 1 à 3	C 4 à 6	C 7 à 9	C 10 à 14	C + de 14
	Très faible	Faible	Moyenne	Elevée	Très élevée
M 1 Très bon					
M 2 Bon					
M 3 Moyen					
M 4 Faible					
M 5 Mauvais					
M 6 Inexistant				<i>Inaccessibilité dossier patient</i>	

Figure 55 – Gestion des risques: hiérarchisation des risques

Cette matrice permet de catégoriser les risques recensés en 3 catégories générant 3 niveaux d'actions:

- ☞ Les risques **sous contrôle**
- ☞ Les risques **à surveiller**
- ☞ Les risques **à traiter**

... en croisant cette fois-ci la criticité C 10 avec le niveau estimé de maîtrise M6 le risque pris comme exemple se trouve hiérarchisé dans un secteur rouge ce qui signifie qu'il est à traiter prioritairement.

Ces estimations de criticité, de maîtrise doivent être réajustées régulièrement en fonction des données recueillies (une modification dans les faits de la fréquence estimée par exemple).

8.3 Objectifs opérationnels

I Pérenniser le dispositif en place de gestion des risques

OO.37. Remesurer tous les ans les niveaux de criticité par la liste des E. indésirables

OO. 38. Elaborer un P d'action pour qu'aucun risque " à traiter" ne le reste.

OO. 39. Réaliser un inventaire exhaustif à priori des risques tel que réalisé en 2008.

Figure 56 – gestion des risques: objectifs opérationnels

9 LE DEVELOPPEMENT DURABLE

9.1 Le contexte général

Le développement durable est aujourd'hui au cœur des politiques publiques, qu'elles soient communautaires, nationales ou locales. Le concept, qui se définit comme « le développement qui répond aux exigences du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs » apparaît dès les années 1970. Mais il ne gagne réellement sa reconnaissance en France qu'en 2002 avec la création du ministère de l'Écologie et du Développement Durable.

L'hôpital en tant qu'acteur fondamental de la vie locale ou régionale, et de par sa mission de santé publique, a un devoir d'exemplarité en termes de politique environnementale.

De fait, depuis de nombreuses années, les hôpitaux intègrent une partie de cette dimension mais essentiellement via le respect des contraintes réglementaires qui encadrent l'activité de soins. Le retard pris par le secteur dans les démarches environnementales a été pointé à plusieurs reprises en raison de l'importance des enjeux.

Dans ce domaine, les établissements de santé sont considérés comme des acteurs importants à plus d'un titre. Gros consommateurs d'énergie, générateurs de déchets (700 000 tonnes/an) et source de pollution, acheteurs de gros volumes, souvent parmi les premiers employeurs d'un bassin de vie, ils jouent un rôle déterminant impactant aussi bien l'environnement naturel, qu'économique et social d'une région donnée.

La gestion des déchets et la maîtrise de l'énergie constituent les principaux axes d'actions sur lesquels les établissements de soins se sont mobilisés.

Si la composante environnementale n'est pas la priorité première à l'hôpital, celle-ci a toujours fait partie intégrante des projets d'établissements sans que cette préoccupation soit véritablement structurée, bien que les premières références à la notion apparaissent dès le début des années 2000. **"L'hôpital a par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable"** (34e congrès de la fédération internationale des hôpitaux à Nice).

9.2 L'évolution récente

Un coup d'accélérateur a été donné avec l'entrée des établissements de santé dans le Grenelle de l'environnement le 27 octobre 2009, jour de la signature d'une convention d'engagement « volontaire » de développement durable entre le ministre de l'Écologie, la ministre

de la Santé, la FHF, la Fehap et l'Ademe. Ce texte fait du développement durable « un élément stratégique de l'activité et du fonctionnement des hôpitaux » et fixe des objectifs en matière d'économie d'énergie et d'eau, d'éco construction, de réduction de gaz à effet de serre, de gestion des déchets et des effluents, de politique d'achats, de communication et formation, à tous les établissements qui s'y engagent. La convention, pour l'atteinte de certains critères, se fixe comme horizon l'année 2011. A cette date, par exemple, 100% des établissements devront avoir mis en place des indicateurs de suivi de leur consommation d'eau et d'énergie. De même 100% auront dû effectuer un tri sélectif des déchets recyclables. Dans le domaine des transports, l'objectif est plus modeste : 40% des établissements devront acheter des véhicules « propres et économes ». Cette convention est signée pour une durée de trois ans.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) obligera par ailleurs les établissements à une réorganisation complexe de leur activité et à l'adaptation rapide des professionnels de santé. Dans ce cadre « La notion de développement durable doit être intégrée dans les modes de réflexion au même titre que la tarification à l'activité ou les normes incendie », (Benoît Leclerc, directeur général de l'AP-HP.)

9.3 La Teppe et le développement durable

L'établissement médical de la TEPPE a suivi une trajectoire semblable. Si différents dossiers réalisés témoignaient d'une sensibilité et d'une volonté d'agir (optimisation du chauffage, intégration de l'isolation, mise en place de pompes à chaleur, introduction du tri sélectif..) ces actions n'ont jamais été intégrées dans une visée globale de type développement durable (le présent projet d'établissement est d'ailleurs le premier à comporter un tel chapitre spécifique).

Il est désormais nécessaire d'aller au-delà ne serait ce qu'en raison de l'inclusion de cette nouvelle thématique dans les référentiels de l'HAS.

9.3.1 REALISATION D'UN DIAGNOSTIC

Comme première étape, l'établissement a fait réaliser en juin 2010 un diagnostic global de son positionnement par un cabinet extérieur.

Le diagnostic a été réalisé selon la cotation DD.INDIC. méthode d'évaluation originale dans le domaine du développement durable (DD) qui évalue l'engagement d'un établissement dans la démarche de développement durable en calculant des scores sur dix thèmes rattachés aux trois volets environnemental, économique et social-sociétal.

Les dix thèmes sont les suivants:

1. Stratégie, politique

2. Organisation des achats
3. Travaux et maintenance des bâtiments
4. Gestion de l'énergie
5. Gestion de l'eau
6. Gestion des déchets
7. Organisation des transports
8. Action sociale
9. Promotion de la santé
10. Action sociétale.

Chaque thème est évalué par une série de critères (de 11 à 33 selon les thèmes et 218 au total).

La réalisation de chaque critère est appréciée par enquête auprès des professionnels concernés de l'établissement selon 4 niveaux: "oui"; "en grande partie"; "partiellement"; "non".

Chacune de ces appréciations est cotée: 20 points "oui"; 14 points pour "en grande partie"; 7 points pour "partiellement"; 0 point "non".

Ces scores de base sont pondérés pour chaque critère selon une cotation fixée à l'avance par le concepteur et non modifiable par l'évaluateur :

☞ en fonction de l'efficacité du critère à améliorer le développement durable de l'établissement, avec un coefficient de pondération "Eff" égal à 1 si l'efficacité est limitée et égal à 2 si l'efficacité est importante,

☞ en fonction de la faisabilité ou facilité de réalisation du critère avec un coefficient de pondération "Faisab" égal à 1 s'il est difficilement réalisable et égal à 2 s'il est facilement réalisable (peu de moyens et peu de temps nécessaires),

☞ en fonction du caractère réglementaire du critère, avec un coefficient de pondération "Reglt" égal à 1 si la réalisation du critère n'est pas obligatoire réglementairement et égal à 2 dans le cas contraire.

Le coefficient global de pondération est le produit des trois pondérations. Il est donc compris entre 1 et 8.

On obtient le score pondéré pour chaque critère en multipliant son score de base (0, 7, 14, ou 20) par le coefficient global de pondération.

Le score pondéré maxi pour chaque critère est obtenu en multipliant le score maxi (20) par le coefficient global de pondération. Les scores pondérés maxi varient donc de 20 à 160.

Pour chaque thème un score moyen de réalisation est calculé en additionnant les scores pondérés de tous les critères et en divisant ce nombre par la somme des scores pondérés maxi de tous les critères.

Ce score moyen pour chaque thème est ainsi compris entre 0% s'il a été répondu "NON" à tous les critères et 100% s'il a été répondu "OUI" à tous les critères.

Les scores moyens des 10 thèmes sont ceux qui sont reportés sur le diagramme de Kiviat (ou diagramme "radar"). Plus la zone verte est étendue, plus on s'approche de la réalisation totale des critères.

Chaque thème est affecté d'un coefficient pondérateur calculé par la somme des scores pondérés maxi de tous les critères.

Un score global est calculé par la moyenne pondérée par ces coefficients des 10 scores.

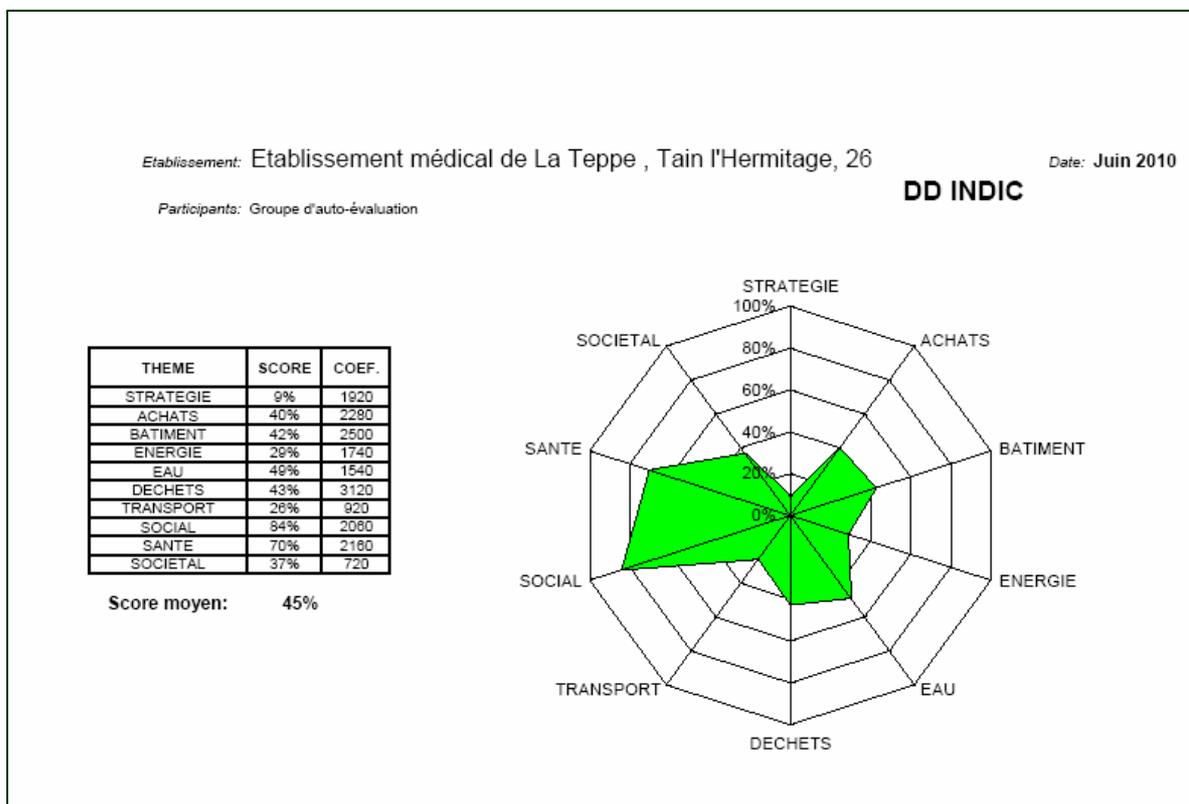


Figure 57 – Audit D. Durable: scores Teppe

Les points forts relevés par l'audit étaient les suivants:

Energie:

- Chauffage centrale et réseau de chaleur.
- Cogénération.
- Trois pompes à chaleur eau/eau.

Eau:

- Système d'irrigation sur puits.
- Bon suivi sur la qualité des eaux de consommation.

Déchets:

- Récupération centralisée des cartons; compacteur à cartons à la cuisine.
- Collecteur à verres central.
- Récupération séparée des ferrailles, des déchets électroniques et des copeaux de bois de la menuiserie.
- Récupération des huiles alimentaires et techniques.
- Cultures biologiques par l'ESAT réduction de l'utilisation des produits phytosanitaires.
- Suivi du poids des DASRI par pesée systématique.
- Politique efficace de réduction des impressions bureautiques.

Transports:

- Achat de vélos par l'institution.
- Véhicule électrique pour le transport du linge.

Achats:

- Achats centralisés par nature de produits; fournitures de bureau standardisées.
- Gestion des stocks maîtrisée.
- Efforts de limitation de l'usage unique: chiffonnettes micro fibres, franges lavables, blouses lavables.
- Sécurité d'utilisation et impact sanitaire des produits évalués avec responsable sécurité et IDE hygiéniste.

Santé des patients et résidents:

- Intervention de professionnels transversaux: diététicienne, IDE hygiéniste, assistante sociale.
- Intervention de l'équipe de soins palliatifs du CH de Romans.
- Commission des menus.
- Intégration des objectifs du Plan National Nutrition Santé dans le plan alimentaire.
- Projets de soins personnalisés pour les patients.
- Système de signalement des évènements indésirables efficace.

Social et sociétal:

- Politique active d'emploi des seniors.
- Accompagnement psychologique proposé aux salariés exposés.
- Horaires "à la carte".
- Objectif de 6% de travailleurs handicapés atteint notamment grâce à l'ESAT.
- Accueil fréquent d'élèves en stage de découverte.
- Journée épilepsie.
- Accueil du réseau de périnatalité.

Il notait également un certain nombre de points susceptibles d'amélioration qui, après cet état des lieux exhaustif, génèrera un plan d'action évalué annuellement par une commission développement durable et dont les résultats seront mesurés par des indicateurs.

Certaines de ces actions entraîneront inévitablement des surcoûts non compensés et il conviendra avant de les lancer de connaître la position de l'ARS sur leur financement.

9.3.2 PLAN D'ACTION

N°	Actions	2010	2011	2012	2013	2014
Management et communication						
1	Elaborer un programme d'action et l'évaluer annuellement.	sept				
2	Elaborer et renseigner un tableau de bord d'indicateurs du DD.	sept				
3	Ecrire une politique du DD, et l'intégrer au projet d'établissement	nov				
4	Sensibiliser le personnel: réunions d'information, écran de veille DD	dec				
5	Désigner coordinateur du DD. et personnes relais dans l'établissement	oct				
	Mettre en place une instance de suivi du développement durable					
6	Former les responsables au développement durable.	dec				
7	Communiquer en interne sur la politique de développement durable	dec	dec	dec	dec	dec
8	Informer les patients de la démarche DD: livret d'accueil.					
9	Communiquer en externe: article dans la presse locale, site internet					
Achats responsables						
10	Mettre en œuvre la procédure d'achat intégrant des dispositions DD.	juil				
	Inclure dans les règlements de consultation un critère de choix DD.					
	Prévoir des clauses de reprise des fournitures et matériels en fin de vie					
	Achats préférentiel d'équipements bien classés en performance énergétique.					
	Inclure systématiquement dans les C; des charges une rubrique DD.					
11	Privilégier les produits certifiés «agriculture biologique» et de saison.		jan	jan	jan	jan
12	Privilégier l'achat de produits minimisant les impacts sur l'environnement		jan			
13	Privilégier les produits limitant les conditionnements jetables		mai			
14	Faire un bilan annuel des actions de DD. dans le domaine des achats.			jan	jan	jan

15	Développer l'achat de mobilier écoresponsable, écolabellisé, écoconçu,			juil		
16	Elaborer une charte de partenariat DD avec les fournisseurs / prestataires			jan		
Maîtrise et réduction des consommations en énergie et en eau.						
17	Inscrire les économies d'énergie comme axe majeur du projet d'établissement.	oct				
18	Elaborer des «guides de bonnes pratiques»: éclairage, températures, eau...		jan	jan		
19	Réaliser le diagnostic de performance énergétique.	juil				
20	Pour les dépl. internes favoriser l'utilisation du vélo par rapport aux véhicules	dec				
21	Reprendre l'expérimentation des systèmes économiseurs d'eau (brise-jets),			jan		
22	Poursuivre la suppression des luminaires indirects.					
23	Développer la part des énergies renouvelables (bois, solaire...)				jan	
24	Finaliser le projet de passage en séparatif des réseaux d'eaux usées.			jan		
25	Optimiser les contrats de chauffage (intégrer clause d'efficacité énergétique).	août				
26	Mettre en place d'une gestion technique centralisée pour pilotage & régulation à		dec			
27	Installer compteurs d'eau séparés pour les gros consommateurs (cuisine, buanderie).		dec			
28	Installer des compteurs d'énergie calorifique séparés par bâtiment.				jan	
29	Encourager le covoiturage.			dec		

N°	Actions	2010	2011	2012	2013	2014
Limitation et tri raisonné des déchets.						
30	Evaluer les quantités annuelles de déchets par catégorie, estimation du poids,	oct				
31	Auditer périodiquement le tri et la valorisation des déchets.	nov				
32	Sensibiliser les agents à la nécessité et aux consignes de tri.	dec				
33	Organiser la collecte des tubes et ampoules d'éclairage.		jan			
34	Trier systématiquement le papier		jan			
35	Formaliser la politique de diminution des impressions bureautiques par une charte écrite de bon usage de l'impression à l'attention du personnel.		jan			
36	Mettre en place la récupération des barquettes alimentaires.			jan		
37	Mettre à disposition des moyens matériels du tri des déchets				jan	
38	Limiter le gaspillage de nourriture proposée aux patients					jan
Projets de construction et d'aménagement à haute qualité environnementale.						
39	Choisir des matériaux et équipements sains et labellisés écolabels	oct				
40	Choisir des cibles HQE pour les nouveaux projets de construction.			jan		
41	Estimer les opérations de travaux en coût global				jan	
42	Sensibiliser le personnel technique au développement durable.		sept			
43	Organiser la collecte et le tri des déchets de chantiers			jan		

Figure 58 – Développement durable: plan d'action

Le suivi sera retracé par le tableau de bord suivant, objet d'un bilan annuel

9.3.3 TABLEAU DE BORD DEVELOPPEMENT DURABLE

Le suivi du programme développement durable sera assuré par la batterie d'indicateurs ci dessous, qui seront évalués annuellement

Thème	Indicateurs	Unité	Obj. 2012	Réel 2010
achats	Part de produits labellisés bio achetés (en valeur) ⁽¹⁾	%	10%	
	Part de marchés comportant une clause DD.	%	100%	
	Score "achats" du DD-INDIC	%	50%	40%
énergie et eau	Consommation journ. moyenne d'énergie primaire / lit ⁽²⁾	kWh/lit/j	66	
	Production journalière de gaz à effet de serre par lit ⁽³⁾	kgCO ₂ /lit/j	9,45	
	Part des E renouvelables dans Consom. énergétique ⁽⁴⁾	%	10%	
	Volume journalier d'eau consommé par lit ⁽⁵⁾	l/lit/j	190	
	Score "énergie" du DD-INDIC	%	50%	29%
	Score "eau" du DD-INDIC	%	50%	49%
déchets	Poids journalier de déchets tous types par lit ⁽⁶⁾	kg/lit/j	4	
	Poids journalier de DASRI par lit ⁽⁷⁾	kg/lit/j	0,2	
	Taux de recyclage des déchets ⁽⁸⁾	%	75%	
	Score "déchets" du DD-INDIC	%	50%	43%
bâtiment	Score "bâtiment" du DD-INDIC	%	50%	42%

Figure 59 – Tableau de bord D. Durable

Les indicateurs sont pour la plupart rapportés au nombre de lits de l'établissement. Il s'agit d'un nombre moyen de lits occupés sur l'année toutes prises en charges confondues, soit un nombre moyen de patients présents, calculé par exemple en divisant le nombre annuel de journées d'hospitalisation par 365 jours.

(1) Les produits suivants peuvent disposer d'un écolabel européen (habillement, ampoules électriques, matelas, linge, papiers, électroménager, peintures, colles revêtements, lubrifiants, produits nettoyants, ordinateurs...). En restauration privilégier les produits de l'agriculture biologique.

(2) Le Grenelle I prévoit l'indicateur 1.2.1 Consommation d'énergie par habitant.

Objectif: obtenir la note B du DPE, c'est-à-dire passer en dessous de 210 kWhEP/m²/an, soit 66 kWhEP/lit/jour à raison de 115 m²/lit (60 millions de m² pour 444 000 lits actuellement soit 135 m²/lit. On retiendra 115 m²/lit comme médiane selon observatoire de la construction 2007 de la MainH).

(3) Le Grenelle I prévoit l'indicateur 1.1.1 Émissions totales de gaz à effet de serre.

Objectif: obtenir la note B du DPE, c'est-à-dire passer en dessous de 30 kgCO₂/m²/an, soit 3,45 t.CO₂/lit/an à raison de 115 m²/lit

(4) Le Grenelle I prévoit l'indicateur 1.1.3 Part des énergies renouvelables dans la consommation d'énergie primaire puis finale avec leur décomposition (bois, hydro-électricité, éolien, photovoltaïque, agrocarburants). L'objectif est de 20% en 2020.

(5) Maison de repos et de retraite: 60 à 90 m³ /an/lit soit 160 à 250 l/lit/jour, 82 m³/an/lit soit 220 l/lit/jour en moyenne en Gironde (Source SMEGREG 2007)

(6) Le poids des déchets est fourni soit par le prestataire, soit par un calcul moyen extrapolé en fonction du type de conteneur (ex. : 45 kg pour un conteneur de 1 m³, etc.). 700 000 t de déchets/an (source MeaH) 444 000 lits en établissements sanitaires (DREES 1/1/06) soit 4,3 kg/lit/an. 3,5 à 6 kg/lit/aj au CHU Nancy. 7 à 10 kg/lit/j aux USA. 4 kg est le poids journalier de déchets en France hors bâtiment en 2006 (ministère DD). Objectif de la loi Grenelle I: réduire la production d'ordures ménagères et assimilées de 5 kg par habitant et par an de 2009 à 2014.

(7) DASRI 160 000 t en 2006; 23% des déchets hospitaliers. 130 kg/lit/an en établissement sanitaire en moyenne; 58 kg/lit/an à Boisvignal en 2004 ; 51 kg/lit/an en 2005; 80 kg/lit/an étude Maine et Loir 2007 en HL; Etude ADEME 2001: moyens séjours y compris SSR 120 à 200 kg/lit/an. Nota: limite de la collecte à 72h=100kg/semaine. On retiendra comme cible 70 kg/lit/an soit 0,2 kg/lit/j

(8) Le taux de recyclage rapporté à la quantité totale de déchets collectés la somme des déchets faisant soit l'objet d'un recyclage après collecte sélective (tonnages entrés en centres de tri sans refus de tri, déchets dangereux traités, tonnages compostés), soit l'objet d'une valorisation énergétique par incinération (tonnages en entrée des usines d'incinération). Indicateur Grenelle I. Objectif 2012 : 75% (déchets d'entreprise).

9.4 Objectifs opérationnels

J Mettre en place une politique concertée de développement durable

OO. 40. Fixer les objectifs lors du CPOM en lien avec le financement des surcoûts

OO. 41. Suivre annuellement le déroulement du plan développement durable

OO. 42. Atteindre les cibles fixées

Figure 60 – Développement durable objectifs opérationnels

10 LE SCHEMA DIRECTEUR DE L'INFORMATION

10.1 Les orientations du Schéma Directeur 2004-2010

Sept chantiers principaux avaient été identifiés, eux-mêmes décomposés en projets.

10.1.1 Préparer l'évolution du système d'information

L'élaboration du schéma directeur faisait ressortir la nécessité de mener un travail de réflexion sur un certain nombre de thèmes majeurs, liés au système d'information. Il était apparu nécessaire de regrouper, dans un chantier à part entière, les projets liés aux études préalables et à l'organisation, car ils constituaient les conditions nécessaires à la réussite future des projets opérationnels.

10.1.2 Faciliter la communication institutionnelle

Une forte demande était ressortie au cours de l'étude sur ce thème. Il convenait donc de faire de la communication institutionnelle, au travers des outils collaboratifs, et notamment par la mise en œuvre d'un portail intranet, un des projets phare de ce schéma directeur.

10.1.3 Un S.I. centré patient prenant en compte des P. transversaux

Des difficultés avaient été rencontrées par l'établissement pendant plusieurs années afin de maintenir une cohérence entre les aspects administratifs et médicaux du dossier informatisé des patients. Par ailleurs la nécessité d'optimiser la prise en charge coordonnée des patients, d'améliorer la communication entre les acteurs qui participent à cette prise en charge concourrait au développement d'un système d'information cohérent et parfaitement communicant pour ce qui relève de la prise en charge des patients.

Il convenait donc de s'engager résolument vers la mise en œuvre d'un véritable système d'information centré patient, homogène et cohérent, tant sur le plan des données que des processus métiers ou encore de l'ergonomie, apte à prendre progressivement en charge les informations de nature administrative, médicale, soignante, sociale et éducative. Et ceci dans une orientation qui visait à capitaliser sur l'environnement logiciel déjà en place au sein de l'établissement.

10.1.4 Consolider le système d'information administratif

Le système d'information administratif était composé d'applications hétérogènes peu communicantes. Le renouvellement de la gestion des ressources humaines, de la paie et de la gestion financière avait été entamé pendant la phase d'élaboration du SDSI.

10.1.5 Répondre à des besoins de gestion/faciliter l'exploitation des données

Des besoins spécifiques à certains services étaient ressortis, notamment auprès des chefs de département et de la gestion de la cuisine centrale, mais également pour l'intégration des structures géographiquement extérieures (EHPAD).

10.1.6 Préparer la communication électronique avec les partenaires extérieurs

Une tendance forte se manifestait à l'époque sur le développement des communications entre les établissements de santé et leurs partenaires, soit en relation avec la prise en charge des patients, soit sur le plan administratif. L'établissement avait souhaité, dans ce cadre, rester dans une attitude prudente, en visant la préparation à cette communication, considérant qu'à ce jour les projets restaient encore assez flous

10.1.7 Optimiser, sécuriser et rationaliser l'infrastructure du Système d'information

Afin de supporter le déploiement des chantiers fonctionnels évoqués ci-dessus, il était naturellement nécessaire de disposer d'une infrastructure matérielle apte à apporter un niveau de fonctionnement satisfaisant. Plusieurs axes avaient été identifiés et notamment l'optimisation et l'harmonisation du parc des postes de travail, la sécurisation des serveurs et du réseau.

10.2 Bilan du Schéma Directeur

Un Comité de Pilotage a été mis en place à l'issue de la validation du SDSI par les instances de l'établissement. Ce comité de Pilotage a procédé annuellement au bilan d'avancement du Schéma Directeur.

Les conclusions majeures sont les suivantes :

Une avancée assez significative des chantiers et projets identifiés, à hauteur de 77% de « réalisé »

Une certaine disparité suivant les chantiers, les chantiers prioritaires (10.1.1, 10.1. 2, 10.1.3 et 10.1.7) disposant d'un niveau d'avancement moyen de 80%

Des projets complémentaires, souvent se situant en corollaire des projets identifiés dans le SDSI, ont également été menés, notamment sur le plan de la sécurité du SI, de l'architecture technique et de l'infogérance

Certains projets restent à un niveau d'avancement plutôt faible, alors qu'ils représentent une exigence forte soit sur le plan de la cohérence du système d'information, soit sur la prise en compte des processus du cœur de métier. On mentionnera notamment :

- *La gestion délocalisée des mouvements dans les services*

Ce retard est essentiellement lié à un problème d'architecture de la solution liée au dossier patient, le module actuel de Facdis n'offrant pas une ergonomie satisfaisante dans les unités de soins

- *La mise en œuvre du dossier de soins*

Ce retard est lié à deux facteurs majeurs : d'une part la nécessité de stabiliser le circuit du médicament (DISPENS), d'autre part une demande qui est apparue moins prioritaire de la part des acteurs concernés

■ *La mise en cohérences des données de référence entre les différentes applications par la mise en place de modalités claires*

Ce retard est lié en partie à la difficulté d'appréhender les impacts opérationnels des éventuelles distorsions des données de base entre les applications et à une mobilisation limitée des acteurs concernés sur ce thème

■ *La communication avec les prestataires de santé externes*

Cette problématique ne s'est pas posée de façon aiguë durant la période de réalisation du SDSI mais a resurgi dernièrement avec la nécessité d'une communication avec le laboratoire du CH de Valence.

10.3 Les orientations majeures du SDSI 2011-2015

10.3.1 Principes de base

Ce travail d'actualisation a été mené en concertation avec le Comité de Pilotage du S.I. de l'établissement.

Les constats et principes suivants ont guidé la définition des orientations majeures du SDSI actualisé :

- ☞ Les avancées réalisées ces 5 dernières années et leurs apports constatés ont permis de mesurer la pertinence des orientations antérieures qu'il convient donc de consolider,
- ☞ Certains projets identifiés dans le SDSI précédent n'ont pu être menés à leur terme, pour des raisons diverses dont celles évoquées en amont, alors qu'ils constituent toujours des préoccupations fortes de l'établissement,
- ☞ Il n'apparaît pas pertinent au Comité de Pilotage de procéder à une éventuelle remise en cause de fond des choix antérieurs faits notamment sur le plan des logiciels en place autour des processus de prise en charge des patients : il convient davantage de poursuivre la démarche de consolidation déjà engagée,
- ☞ L'organisation du SDSI sur la base des chantiers tels qu'identifiés lors du précédent schéma directeur reste pertinente et doit être reprise et actualisée pour l'extension du SDSI à la période 2011-2015

10.3.2 Orientations majeures : les grands chantiers

Les orientations majeures du SDSI actualisé 2010-2015 portent donc sur la Poursuite de la consolidation et de la sécurisation du système d'information actuel. Ceci se traduit par l'identification des chantiers suivants :

	LIBELLE	OBJECTIFS
1	Faire les choix d'organisation liés à l'évolution du système d'information	Statuer sur certains choix organisationnels ou à les stabiliser. (I) la gestion des données de base et de structure (II) la gestion des transmissions ciblées (III) le périmètre et les modalités d'accès à Internet (IV) l'évolution de l'organisation du service informatique
2	Poursuivre le déploiement du Portail Intranet, consolider la communication institutionnelle	Poursuivre le déploiement du portail intranet, en assurer l'actualisation de façon continue et mettre en œuvre et déployer la gestion des formulaires de façon plus importante
3	Poursuivre le déploiement du Dossier Patient Informatisé dans une démarche progressive et en capitalisant sur les choix antérieurs	Consolidation du Dossier Patient Informatisé, avec quelques axes majeurs (I) Actualisation gestion du patient, gestion délocalisée des mouvements (II) Finalisation de la mise en œuvre du circuit du médicament (III) Accès aux résultats de laboratoire du CH de Valence (IV) Mise en place du Dossier de Soins
4	Assurer une intégration performante du SI. administratif et faciliter l'exploitation des données par les services	Meilleure intégration des logiciels administratifs et mise à disposition d'indicateurs d'activités pertinents auprès des services et départements
5	Informatiser certains services logistiques sur la base de progiciels du marché	Informatiser la gestion des cuisines et les commandes de repas
6	Préparer l'établissement à la communication future avec ses partenaires extérieurs	Etudier les besoins en terme de communication (contraintes réglementaires, besoins et choix de l'architecture nécessaire). (P.mémoire: à ce stade, les échanges de données numériques avec l'extérieur sont faibles.)
7	Poursuivre l'optimisation, la sécurisation et la rationalisation de l'infrastructure technique	Poursuivre la sécurisation de l'infrastructure technique, notamment sur le plan de la politique de sécurité du SI, du réseau et des serveurs. Déploiement des postes.

Figure 61 – Schéma directeur de l'information: Les chantiers

10.4 Objectifs Opérationnels

K Poursuivre le développement du schéma directeur de l'information

OO. 43. Faire les choix d'organisation liés à l'évolution du système d'information

OO. 44. Poursuivre le déploiement Intranet, consolider la communication interne

OO. 45. Poursuivre le déploiement du Dossier Patient Informatisé

OO. 46. Mieux intégrer le SI. Administratif / faciliter l'exploitation des données par les services

OO. 47. Informatiser certains services logistiques sur la base de progiciels du marché

OO. 48. Préparer l'établissement à la communication future avec l'extérieur

OO. 49. Optimiser, sécuriser & rationaliser l'infrastructure technique

Figure 62 – Schéma directeur de l'information: O. opérationnels

11 LES INFRASTRUCTURES

L'amélioration permanente de l'hébergement sur le plan de la sécurité et du confort des résidents est une préoccupation centrale pour l'Établissement, celle-ci se traduit par une politique de rénovation permanente des unités en adéquation avec les différents projets de services. Les utilisateurs sont toujours associés aux programmes de restructurations.

L'effort de rénovation des structures a été poursuivi sur la période 2006-2010, notamment le transfert du service unité d'insertion dans de nouveaux locaux permettant d'offrir aux résidents des conditions d'hébergement satisfaisantes et de répondre à toutes les règles de sécurité et de conformité des installations .

Comme indiqué dans le précédent projet d'établissement des études de faisabilité ont été engagées sur la rénovation de la cuisine centrale et la création d'un plateau technique et d'une salle de sport.

L'évolution du projet médical demandera des adaptations sur le plan technique et architectural selon les services concernés.

Sur la période des cinq années à venir, les priorités seront les suivantes:

11.1 Achèvement des opérations prévues au projet 3

Il s'agit de la restructuration de la cuisine centrale et de la création d'un plateau technique dédié au sport et à la rééducation. Ces objectifs figuraient dans le projet d'établissement 3 approuvé mais ne sont pas encore totalement réalisés.

11.1.1 Rénovation cuisine centrale

La cuisine centrale a été construite en 1988. Après vingt ans de fonctionnement il apparaît nécessaire de moderniser cette unité qui en pointe lors de sa création ne bénéficie plus aujourd'hui des techniques et des modes d'organisation les plus récents. Il est nécessaire de prévoir sur les années à venir une restructuration des locaux et un renouvellement du matériel. Cette cuisine fonctionne en liaison froide et assure la livraison de 350 000 repas annuels sur des offices satellites, effectuant la remise en température des repas.

La méthode HACCP est mise en place depuis 1997. Un suivi des actions et des protocoles est assuré en collaboration avec les services vétérinaires. Le choix de plats de remplacement a été instauré en 2005, avec la participation de la commission restauration qui se réunit une fois par quinzaine.

L'étude de faisabilité des travaux a été mise en œuvre, les besoins de l'équipe de restauration ont été exprimés et pris en compte, il sera intégré de nouveaux processus de

fabrications permettant d'améliorer les qualités gustatives des plats préparés. Les services vétérinaires ont été associés à la faisabilité du projet.

11.1.2 Création d'un plateau technique (rééducation et sport)

La situation du plateau de rééducation (kiné RPM..) et des activités sportives actuellement implantés dans des locaux inadaptés et de taille insuffisante ne permet pas de réaliser de manière satisfaisante les activités de rééducation (balnéothérapie),ce qui rend souhaitable la création d'une salle dédiée à ces activités. Cette opération évoquée lors du précédent projet d'établissement a donné lieu à la mise en place d'un groupe de travail pour définir de manière précise les besoins.

Le plateau technique regroupe les activités de kinésithérapie, psychomotricité, balnéothérapie et cabinet dentaire, ces activités sont essentielles dans la prise en charge des différentes pathologies.

11.2 Réaliser les actions prévues dans le projet médical

11.2.1 Création d'un quatrième lit EEG épilepsie et sommeil

L'activité sommeil et épilepsie est en plein essor, celle ci tient à la double analyse des enregistrements épilepsie et polysomnographie. Les enregistrements montrent la fréquence de l'association des pathologies du sommeil à l'épilepsie et des confusions diagnostiques. De plus les apnées du sommeil ont démontré clairement la possibilité d'aggravation de l'épilepsie. La création de ce quatrième lit nous permettra de compléter la convention qui nous lie avec le CHU de Lyon.

11.2.2 Dispositif de vidéo surveillance des crises nocturnes

L'établissement depuis des années a évolué en renforçant la prévention des risques liés à des crises nocturnes par l'utilisation d'interphones et d'oreillers alvéolés anti-étouffement, malgré ces mesures la lourdeur et le risque croissant des ces crises plaident pour la mise en place de matériel de vidéo surveillance, avec report dans la salle de veille.

11.2.3 Réhabilitation de la clinique psychiatrique la Cerisaie

Ce service accueille des femmes majeures présentant des troubles thymiques. La population accueillie est très hétérogène.

La dernière rénovation concernant ce bâtiment a été réalisée en 1991. Les locaux ne correspondent plus au standard de l'hospitalisation. Les douches sont dans des locaux communs, les

chambres ne sont pas toutes individuelles, les salles d'activités ne sont pas adaptées à la prise en charge. La salle à manger commune est très bruyante.

La rénovation intégrera la création de locaux destinés à l'hôpital de jour.

11.3 Améliorer les infrastructures

11.3.1 Rénovation des réseaux électricité et chauffage

L'étendue du site sur lequel se situe l'établissement implique un important réseau de distribution des énergies primaires. Différentes phases de rénovation de celui-ci ont été réalisées au fur et à mesure de la restructuration des bâtiments.

Une dernière phase doit être réalisée concernant le réseau primaire de chauffage, et la boucle haute tension. Le tracé a été établi avec l'aide d'un bureau d'étude.

11.3.2 Plan d'action accessibilité

Conformément au décret du 2009-500 du 30 avril 2009 l'établissement a réalisé son diagnostic sur les conditions d'accessibilité sur l'ensemble du site pour les bâtiments concernés. Le plan d'action est en phase de finalisation, sur les cinq années à venir.

11.3.3 Réalisation du séparatif eaux usées/pluviales

En complément des travaux réalisés sur la rivière traversant le site par la communauté de commune de l'Hermitage, l'établissement a engagé une étude concernant la réalisation d'un plan de travaux concernant la mise en place de réseaux séparatifs sur les eaux usées et les eaux pluviales sur la partie la plus ancienne du site. En effet sur celle-ci les contraintes d'écoulement sont les plus présentes et des relevés précis sur la faisabilité et les pentes nécessaires sont indispensables.

A ce jour les éléments chiffrés ne sont pas disponibles.

11.4 Objectifs opérationnels

L POURSUIVRE LA MODERNISATION DE L'ETABLISSEMENT

OO. 50. Achever la réalisation des objectifs du P.Etablissement 3

OO. 51. Améliorer les infrastructures

Figure 63 – Infrastructures: O. opérationnels

12 LA SYNTHESE FINANCIERE

12.1 OBJECTIFS OPERATIONNELS

Les objectifs du projet d'établissement 4 sont récapitulés dans le tableau ci dessous soit 12 objectifs stratégiques déclinés en objectifs opérationnels.

A/ DEVELOPPER LE SECTEUR INVESTIGATION BILANS

- OO. 1. Développer les C. externes de neurologie aiguë, les porter à 1 500/ an
- OO. 2. Développer avec l'AGEFIPH une consultation épilepsie et travail
- OO. 3. Faire évoluer l'UON
- OO. 4. Développer l'activité de vidéo EEG

B/ ADAPTER LE FONCTIONNEMENT DU CLE

- OO. 5. CLE: améliorer le fonctionnement pour s'adapter aux besoins :
- OO. 6. CLE: Développer une nouvelle offre pour s'adapter aux besoins
- OO. 7. Créer un centre de coordination ressources R.Alpes pour l'épilepsie adulte
- OO. 8. Initier une Collaboration avec le CHS. S. Egrève (38)

C/ Dynamiser la prise en charge à la clinique "la Cerisaie"

- OO. 9. Renforcer le temps médical et fixer un objectif de 550 entrées annuelles
- OO. 10. Restructurer la Cerisaie avec un projet architectural adapté
- OO. 11. Renforcer le secteur art-thérapie
- OO. 12. Création de 5 places d'hôpital de jour pour troubles thymiques
- OO. 13. Augmenter le nombre de consultations de psychiatrie à 2 800 par an

D/ Développer le secteur périnatalité

- OO. 14. Engager les discussions sur le développement du secteur périnatalité.

F/ Faire évoluer le projet de soins en fonction des résultats de la certification.

- OO. 15. Evaluer les pratiques en matière de liberté d'aller et venir:
- OO. 16. Tracer systématiquement l'efficacité du traitement de la douleur
- OO. 17. Formaliser la PEC spécifique des personnes âgées à la Cerisaie et l'UON
- OO. 18. Engager la réflexion sur la PEC. de personnes handicapées à la Cerisaie
- OO. 19. Intégrer au projet de service UON la PEC des patients en fin de vie

G Développer un projet social de qualité

- OO. 20. Gérer le renouvellement des effectifs
- OO. 21. Veiller à la qualité de l'intégration des nouveaux salariés
- OO. 22. Préserver l'emploi et la qualification des salariés
- OO. 23. Adapter en permanence le dispositif d'organisation des remplacements
- OO. 24. Faire un bilan annuel du dispositif "entretiens individuels"
- OO. 25. Veiller à la cohérence plans de formation / objectifs de l'établissement
- OO. 26. Evaluer l'efficacité des actions de prévention des Risques professionnels
- OO. 27. Adapter les plans de prévention selon les résultats des évaluations

H Simplifier le dispositif qualité, améliorer sa diffusion, Développer les indicateurs

- OO. 28. Initier un programme en fonction de l'évaluation de la bienveillance
- OO. 29. Analyser les résultats, développer et suivre des indicateurs
- OO. 30. Simplifier les protocoles et procédures
- OO. 31. Recueillir et analyser les indicateurs de pratique clinique pertinents
- OO. 32. Réviser périodiquement les indicateurs de pratique clinique
- OO. 33. Réviser annuellement la stratégie de développement EPP
- OO. 34. Engager une politique d'amélioration de la PEC médicamenteuse.
- OO. 35. Finaliser les nouvelles règles sur le respect de la vie intime du patient

OO. 36. Poursuivre la dynamique d'évaluation relative aux questions éthiques

I Pérenniser le dispositif en place de gestion des risques

OO.37. Remesurer tous les ans les niveaux de criticité par la liste des E. indésirables

OO. 38. Elaborer un P d'action pour qu'aucun risque " à traiter" ne le reste.

OO. 39. Réaliser un inventaire exhaustif à priori des risques tel que réalisé en 2008.

J Mettre en place une politique concertée de développement durable

OO. 40. Fixer les objectifs lors du CPOM en lien avec le financement des surcoûts

OO. 41. Suivre annuellement le déroulement du plan développement durable

OO. 42. Atteindre les cibles fixées

K Poursuivre le développement du schéma directeur de l'information

OO. 43. Faire les choix d'organisation liés à l'évolution du système d'information

OO. 44. Poursuivre le déploiement Intranet, consolider la communication interne

OO. 45. Poursuivre le déploiement du Dossier Patient Informatisé

OO. 46. Mieux intégrer le SI. Administratif / faciliter l'exploitation des données par les services

OO. 47. Informatiser certains services logistiques sur la base de progiciels du marché

OO. 48. Préparer l'établissement à la communication future avec l'extérieur

OO. 49. Optimiser, sécuriser & rationaliser l'infrastructure technique

L POURSUIVRE LA MODERNISATION DE L'ETABLISSEMENT

OO. 50. Achever la réalisation des objectifs du P.Etablissement 3

OO. 51. Améliorer les infrastructures

12.2 INVESTISSEMENT

La prise en compte des objectifs opérationnels ayant un impact spécifique sur la section d'investissement (c'est à dire en excluant ceux qui n'ont pas d'impact sur l'investissement ou ceux dont l'impact est pris en charge par le plan annuel d'investissement) se présente ainsi; les données sont en milliers d'euros. A noter que le projet intègre un financement par recours à l'emprunt (sur 15 ans à 4%) pour les opérations Cuisine centrale et Cerisaie.

	2011	2012	2013	2014	2015
EMPLOIS					
R.CAPITAL emprunt cuisine		43	45	46	48
R.CAPITAL emprunt cerisaie				120	125
Plan annuel investissement	200	200	200	200	200
cuisine	1 000	700			
cerisaie			3 990		
P.technique					1 400
accessibilité				1 500	
boucle chauffage	700				
TOTAL	1 900	943	4 235	1 866	1 773
RESSOURCES					
Divers	100	100	100	100	100
amort immo anterieures 2011	909	852	811	514	487
amort P. annuel investissement		33	67	100	133
amort cuisine		100	170	170	170
amort cerisaie				200	200
amort Plateau technique					
amort accessibilité					150
amort B chauffage		70	70	70	70
emprunt cuisine	850				
emprunt cerisaie			2 400		
TOTAL	1 859	1 155	3 618	1 154	1 310
SOLDE EXERCICE	-41	212	-617	-713	-463
SOLDE CUMULE	1 705	1 917	1 300	587	125

Figure 64 – S. investissement: projections 2015 (données en K. euros)

On constate donc un équilibre de la section d'investissement durant la période.

12.3 EXPLOITATION

L'impact final global des objectifs opérationnels ayant un impact spécifique sur la section d'exploitation (c'est à dire en excluant ceux qui n'ont pas d'impact ou ceux dont l'impact sera pris en charge dans le cadre du budget actuel) se présente ainsi:

	2011	2012	2013	2014	2015
O INVESTISSEMENT VARIATION C 66	0	32	31	105	99 199
O INVESTISSEMENT VARIATION C 68	-142	4	67	3	159 333
OO 1					49 400
OO 3					20 900
OO 4					158 200
OO 9					76 200
OO 11					18 000
OO 12					89 600
OO 13					70 200
OO 42					?
TOTAL	-142	37	97	107	741 033

Figure 65 – S. exploitation: surcoût total (valeur 2010) du projet 4 en final

Ce surcoût, rapporté au montant des dépenses approuvées 2010 correspond à un pourcentage de 4.1% soit un surcoût annuel moyen de 0.82%.

13 CONCLUSION

Les développements qui précèdent indiquent que l'ambition du projet d'établissement IV est de se situer pleinement dans la continuité des orientations du projet antérieur approuvé par nos autorités de contrôle.

- ☞ Adaptation permanente de l'offre de soins que nous pouvons proposer
- ☞ Volonté de nous penser non pas comme une entité isolée mais comme un maillon d'un système de soins offrant aux malades que nous accueillons dans le respect de leur personne un ressourcement et un tremplin vers de nouveaux projets;
- ☞ Articulation du secteur sanitaire avec le secteur médico social.
- ☞ Prise en compte de besoins non encore couverts

Aussi le projet IV vise t'il à être autre chose qu'un simple exercice de "figures imposées" dicté par la seule obligation réglementaire d'avoir à produire périodiquement un tel projet. Il se veut tout au contraire l'expression d'une volonté: celle de voir LA TEPPE poursuivre, sous des formes en perpétuelle évolution, la mission de service public qui lui a été confiée et qu'elle assume depuis 150 ans. A ce titre les objectifs opérationnels présentés sont des objectifs réalistes qui ont impliqué de nombreux acteurs de l'établissement dans leur définition. Ils correspondent tous à des objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge et /ou à une amélioration des réponses apportées en matière de besoins de santé. C'est sur ces bases que l'établissement se propose d'entrer en négociation avec l'ARS sur le futur CPOM.

Il y a plus de cent cinquante ans le comte de LARNAGE créait à TAIN le premier établissement d'Europe et sans doute du monde destiné à prendre en charge dans leur spécificité des malades épileptiques. Riche de son histoire et de son expérience, riche aussi des savoirs et du dévouement des personnels qui y travaillent, c'est avec cet ensemble d'orientations contenues dans ce projet que l'établissement se propose d'aborder les années à venir.

14 ANNEXES

14.1 TABLE DES HORS TEXTES

Figure 1 – Les différentes activités -en rouge le périmètre du présent projet (E médical)-	8
Figure 2 - Evolution de l'activité.....	13
Figure 3 - Capacités autorisées 2010	13
Figure 4 - Effectif total.....	14
Figure 5 - Effectifs sections communes.....	14
Figure 6 - Organigramme médical.....	15
Figure 7 - CA 2009 montant classe 6.....	15
Figure 8 - P. établissement 3: Etat des réalisations	19
Figure 9 - Projet établissement 3: Bilan réalisations O. Opérationnels	19
Figure 10 - Projet 2005-2010 Clinique La Cerisaie: principaux Objectifs d'activité	26
Figure 11 - Nombre de journées et nombre d'entrées, La Cerisaie, 2000-2009.....	27
Figure 12 - Répartition des entrées mensuelles de La Cerisaie, 2006-2008	27
Figure 13 - DMS et taux d'occupation - clinique de La Cerisaie - 2000-2009.....	28
Figure 14 - Origines géographiques des hospitalisations en 2009.....	29
Figure 15 - Entrées distinctes, nouveaux patients & total des séjours (2000-2008)	30
Figure 16 - Analyse du taux de « nouveaux cas » par tranches de trois ans.....	30
Figure 17 - Nombre de consultations de psychiatrie assurées à La Teppe, 2000-2009.....	31
Figure 18 - Origines géographiques des consultations en 2009	32
Figure 19 - Périnatalité, évolution du nombre de consultations en 2008	33
Figure 20 - Activité de périnatalité, les consultations, 1995-2009	34
Figure 21 - Nombre de participants au Groupe Pivot, année 2009	35
Figure 22 - Participants et taux de participation au Groupe Pivot, 2007-2009	35
Figure 23- Les structures spécialisées en épilepsie dans les pays voisins	37
Figure 24- Europe lits /1000 habitants 2004.....	38
Figure 25 - UON Journées 2005-2009	40
Figure 26 - UON Entrées 2000-2009	40
Figure 27 - Taux d'occupation et DMS de l'UON - période 2005-2009	40
Figure 28 - UON: Origine géographique des entrées	41
Figure 29 - Nombre total d'entrées EEG Vidéo, période 2000-2009	42
Figure 30 - EEG Vidéo journées 2005-2009.....	43
Figure 31 - EEG Vidéo Tx. Occup.- 2004-2009.....	43
Figure 32 - Actes d'EEG-Vidéo - période 2007-2009	43
Figure 33 - Origine géographique des entrées d'EEG Vidéo	44
Figure 34 - Consultations de neurologie - période 2000-2009	45
Figure 35 - Patients EEG Vidéo adressés par HCL. / Dossiers présentés aux HCL.....	45
Figure 36 - Les grandes étapes du processus de prise en charge.	47
Figure 37 – Origines géographiques des entrées cumulées 2006-2009 au CLE.....	50
Figure 38 – UON motifs des hospitalisations	53
Figure 39 – Pole épilepsie: récapitulation des objectifs opérationnels	72
Figure 40 – pole psychiatrie récapitulation objectifs opérationnels	73
Figure 41 – UON Type de séjour et DMS.....	81
Figure 42 – Projet de soins: objectifs opérationnels.....	94
Figure 43 – Salariés de l'établissement: données générales.....	98
Figure 44 – Salariés de 55 ans et plus en 2009 par qualification	98
Figure 45 – Projet social: Objectifs opérationnels	105
Figure 46 – Accréditation HAS suivi des recommandations.....	109
Figure 47 – Les EPP. 2010.....	113
Figure 48 – Projet qualité: les objectifs opérationnels	118
Figure 49 – gestion des risques: structuration du dispositif	120
Figure 50 – gestion des risques: échelle de criticité	121

Figure 51 – Gestion des risques: échelle de fréquence	121
Figure 52 – Gestion des risques: marelle de criticité	122
Figure 53 – Gestion des risques: hiérarchisation des niveaux de criticité	122
Figure 54 – Gestion des risques: échelle de maîtrise	123
Figure 55 – Gestion des risques: hiérarchisation des risques	123
Figure 56 – gestion des risques: objectifs opérationnels.....	124
Figure 57 – Audit D. Durable: scores Teppe.....	130
Figure 58 – Développement durable: plan d'action.....	132
Figure 59 – Tableau de bord D. Durable	133
Figure 60 – Développement durable objectifs opérationnels	134
Figure 61 – Schéma directeur de l'information: Les chantiers	139
Figure 62 – Schéma directeur de l'information: O. opérationnels.....	139
Figure 63 – Infrastructures: O. opérationnels.....	144
Figure 64 – S. investissement: projections 2015 (données en K. euros).....	149
Figure 65 – S. exploitation: surcoût total (valeur 2010) du projet 4 en final	150
Figure 66 - EM LA TEPPE : Plan masse.....	159

14.2 PLAN MASSE

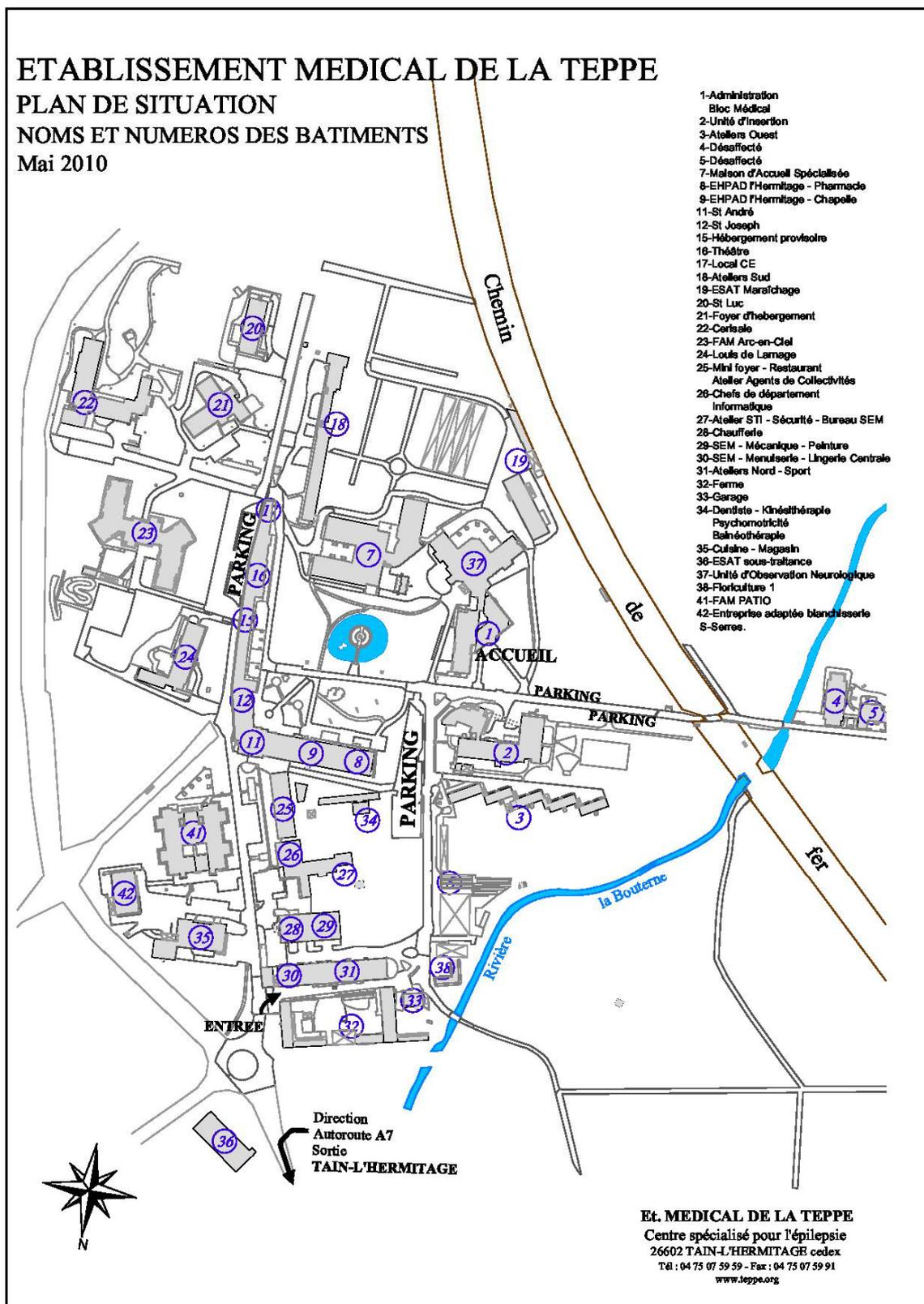


Figure 66 - EM LA TEPPE : Plan masse