

# CH Jean-Pierre Falret

## Centre Hospitalier

Établissement sanitaire assurant la mission de service public en psychiatrie

# CAP 2030

# PROJET

# D'ÉTABLISSEMENT

# 2025 / 2029

375 Route de Lacapelle-Marival  
46120 LEYME - 05 65 10 20 30  
[www.institut-camille-miret.fr](http://www.institut-camille-miret.fr)

**icm**  
**Institut Camille Miret**  
Association à but non lucratif  
santé mentale, handicap, inclusion

# TABLE des matières

<b>MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'INSTITUT CAMILLE MIRET</b>	<b>4</b>
<b>1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'INSTITUT CAMILLE MIRET</b>	<b>5</b>
1.1. Organisme gestionnaire	5
1.2. L'Institut Camille Miret sur le département	6
<b>2. LE CENTRE HOSPITALIER JEAN-PIERRE FALRET</b>	<b>8</b>
<b>3. LE PROJET MÉDICO-SOIGNANT</b>	<b>16</b>
3.1. Axes et thématiques	16
Axes issus des Assises Nationales de la Santé Mentale	16
Axes issus du PTSM du Lot	17
Axes structurants des projets de pôle du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret	17
Axes issus du CPOM	17
3.2. Contexte stratégique du projet médico-soignant	18
3.3. Le projet médico-soignant : objectifs et principes	19
3.3.1. Objectifs	19
3.3.2. Principes	20
<b>4. DÉCLINAISON DES PROJETS 2025/2029</b>	<b>26</b>
4.1. Développement et transformation de l'offre et de l'activité	26
4.1.1. Projet de groupement de prévention de la santé mentale	27
4.1.2. Projet de centre d'accueil de crise et d'orientation (CAC)	30
4.1.3. Projet RPS	34
4.1.4. Projet 15-25 ans	38
4.1.5. Projet TSA (troubles du spectre autistique)	40
4.1.6. Projet prise en charge des psycho-traumatismes	44
4.1.7. Projet prévention du suicide	46
4.1.8. Projet sur les troubles de la personnalité	50
4.1.9. Projet d'addictologie	52
4.1.10. Projet psychiatrie du sujet âgé	54
4.1.11. Accompagnement médical somatique en ambulatoire	58
4.1.12. Prévention de l'hospitalisation complète par les hôpitaux de jour	60
4.2. Amélioration de l'organisation et des ressources	62
4.2.1. Transversalité sur certaines missions et domaines de compétences	63
4.2.2. Développement dans les MSP de consultations de psychiatres, de psychologues ou d'infirmiers	66
4.2.3. Développement des soins primaires avec les psychologues libéraux du Lot	68
4.2.4. Développement des pratiques innovantes et des approches non médicamenteuses	70
4.2.5. Isolement/contention	72
4.2.6. Projet IPA (infirmier en pratique avancée)	74
<b>5. PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE</b>	<b>78</b>
5.1. Sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM)	78
5.2. Pharmacie	79



<b>6. POLITIQUE DES DROITS DES PATIENTS ET DES RELATIONS AVEC LES USAGERS</b>	<b>84</b>
6.1. Respect et promotion des droits des patients	84
Droit à l'accès aux soins et au choix du médecin	84
Droit à l'information	85
Droit à participer à la décision médicale ou consentement aux soins	85
Droit au respect de la personne soignée	85
Prise en charge de la douleur, soins palliatifs et fin de vie	85
Plainte, contentieux et indemnisation	86
6.2. Commission des usagers	87
6.3. Maison des usagers	87
6.4. Traitement des plaintes et demandes de dossiers médicaux	87
6.5. Recueil de la satisfaction des patients	88
6.6. Information et sensibilisation	88
6.7. Éducation thérapeutique et pair-aidance	89
<b>7. POLITIQUE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES</b>	<b>90</b>
7.1. Culture qualité et sécurité	90
7.2. Démarche d'amélioration continue de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins	92
7.3. Démarche d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles	94
<b>8. POLITIQUE DE MANAGEMENT ET DE GESTION</b>	<b>96</b>
8.1. Gestion par pôles	97
8.2. Politique micro-économique : Département d'information médicale	98
<b>9. POLITIQUE RH DU CENTRE HOSPITALIER JEAN-PIERRE FALRET</b>	<b>100</b>
9.1. Recrutement et fidélisation des professionnels	100
9.2. Formation	102
9.3. Gestion des Emplois et des Parcours professionnels	103
9.4. Prévention de la pénibilité	104
Agir sur le matériel et l'environnement de travail afin de réduire les contraintes physiques du travail	104
9.5. Promotion de la qualité de vie au travail	106
Enjeux pour les salariés	106
Enjeux pour l'établissement	107
<b>10. QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE</b>	<b>108</b>
<b>11. POLITIQUE RSE/DÉVELOPPEMENT DURABLE</b>	<b>110</b>
<b>MOT DU DIRECTEUR DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>	<b>114</b>

# LE MOT

## de la directrice générale de l'Institut Camille Miret

Le Projet d'Établissement est un outil de management qui détermine les grandes orientations pluriannuelles du Centre Hospitalier Spécialisé Jean-Pierre Falret en fonction des politiques de santé mais aussi celles du Projet Associatif telles que définies par le Bureau, le Conseil d'Administration et l'Association Institut Camille Miret.

Il fixe les objectifs notamment en matière de coordination, de coopération, d'évaluation des activités et de la qualité, des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Ce projet mobilise les forces vives de notre Centre Hospitalier pour construire et partager une vision commune de l'avenir mais aussi pour conduire ensemble un certain nombre d'actions qui n'ont qu'une finalité : soigner et accompagner au mieux les patients et leurs proches.

Cette finalité nous réunit tous, soignants et non soignants, du psychiatre à l'infirmier, du directeur à l'ASH, du cadre de santé à la secrétaire médicale.

Ce projet d'établissement a été travaillé de manière participative. Il couvre la période 2025-2029.

**Son cœur est le projet médico-soignant mais un certain nombre de politiques fonctionnelles contribuent à le structurer comme :**

- La politique de prise en charge médicamenteuse,
- La politiques des droits des patients et des relations avec les usagers,
- La politique qualité et gestion des risques,
- La politique de management et de gestion des pôles.

**Les politiques transversales sont gérées au niveau institutionnel comme :**

- La stratégie de communication,
- La stratégie RSE/développement durable,
- La politique du système d'information hospitalier (SIH),
- La politique sociale, la qualité de vie et des conditions de travail et la qualité relationnelle au travail (QVCT et QRT),
- La politique des achats, de la logistique et de la restauration.

Ces différentes politiques se déclinent en de multiples objectifs opérationnels, qu'il nous faudra atteindre à l'issue des cinq prochaines années.

Je compte sur vos intelligences et vos talents pour œuvrer à l'atteinte de ces grands objectifs au cours des cinq prochaines années.

**Frédérique YONNET-QUERY**

# 1 Présentation générale de l'Institut Camille Miret



## Camille Miret ?

Monsieur Camille Miret, ingénieur des Arts et Manufactures, est directeur de l'Asile médico-agricole de 1878 au 19 avril 1905, date de sa mort. Il apporte une conception toute différente dans les transformations qu'il fait subir aux anciens bâtiments et dans l'édifice des nouveaux. En effet, cet homme novateur construit beaucoup, mais en même temps, il embellit. On lui doit notamment : la laverie avec l'eau courante chaude et froide à l'intérieur (pas besoin de sortir l'hiver pour laver le linge) ; un projet de gare, qui n'aboutira malheureusement pas ; le barrage situé sur l'intersection des communes de Souceyrac - Latouille Lentillac - Lacandourcet sur un terrain acheté dans le but de produire de l'électricité. Ce barrage fonctionne encore ; le bâtiment des bains datant de 1890.



## 1.1 ORGANISME GESTIONNAIRE

**Organisme gestionnaire**  
**Établissement sanitaire**  
**Adresse**  
**Code postal**  
**Ville**  
**Téléphone**  
**Courriel**  
**Présidente**  
**Directrice Générale**  
**Directeur Général Adjoint**  
**Directeur des Établissements de santé**  
**N° FINESS de l'entité juridique de rattachement**

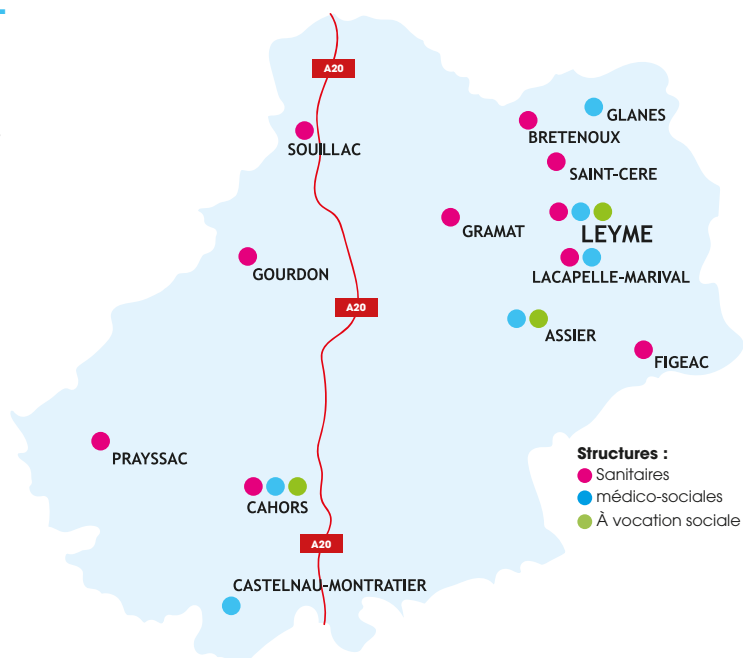
Institut Camille Miret  
Centre Hospitalier Spécialisé Jean-Pierre Falret  
375 Route de Lacapelle-Marival  
46120  
LEYME  
05.65.10.20.30  
direction.générale@icm46.org  
Régine LASSALE  
Frédérique YONNET-QUERY  
Franck ANTETOMASO  
Franck ANTETOMASO  
46 078 5090

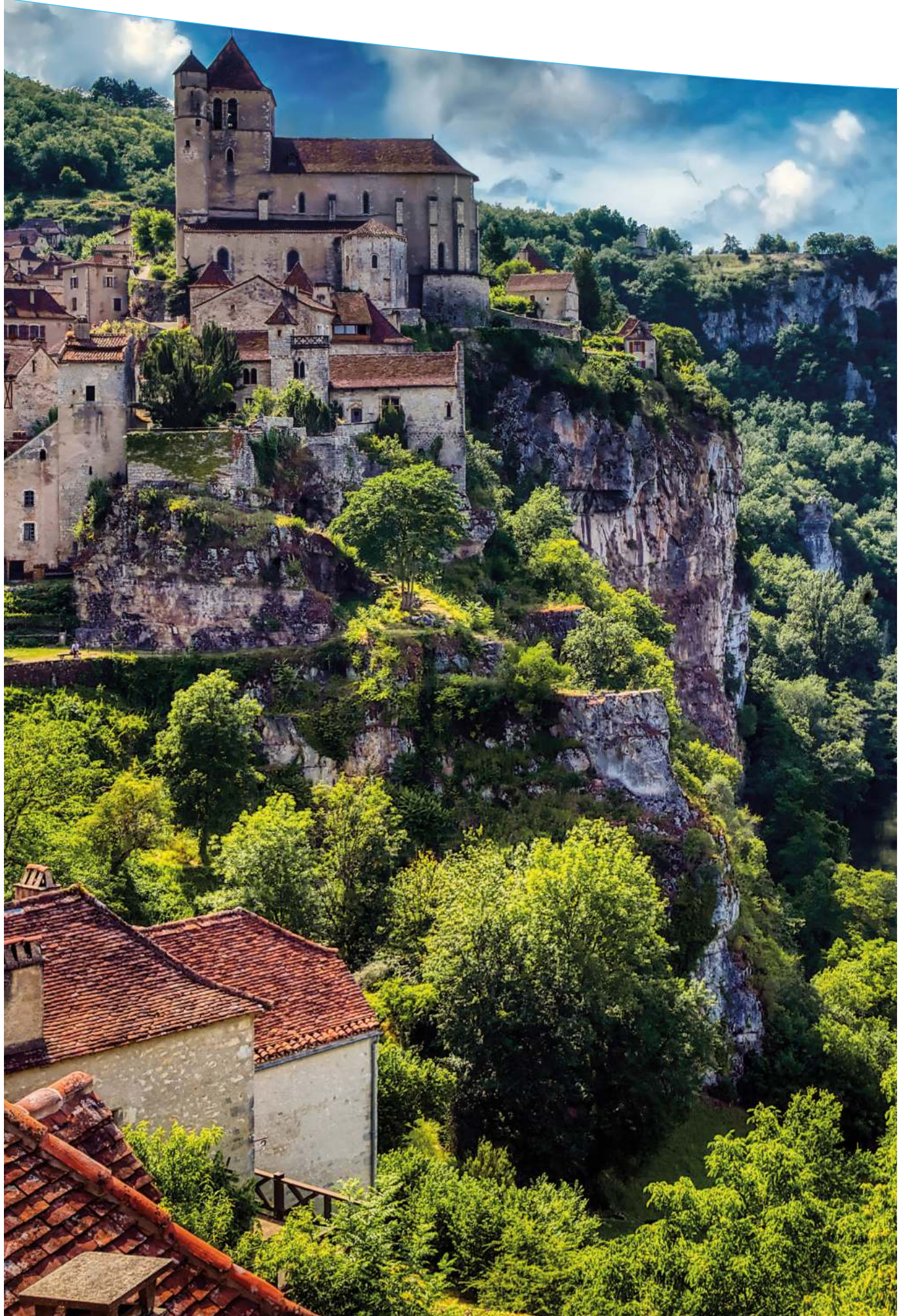


## 1.2 L'INSTITUT CAMILLE MIRET SUR LE DÉPARTEMENT

Le Lot est un département rural du Sud-ouest fortement agricole. Son vieillissement démographique est important et reste l'un des départements les plus âgés de France derrière la Creuse. Selon les projections de l'Insee, en 2030, 31 % des Lotois auront entre 60 et 79 ans et selon les sources ORSMIP (Bilan de Santé Lot 2009) ; en 2006 : 21 700 personnes de plus de 75 ans pour un prévisionnel de 31 800 en 2030.

L'Institut Camille Miret (ICM) est situé sur la commune de Leyme, dans le nord-est du département du Lot. Le développement de ce village de 959 habitants (source INSEE population recensée au 01 janvier 2016) est lié à l'évolution de l'Institut Camille Miret.





# 2. Le Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret



## Jean-Pierre Falret ?

Un des grands aliénistes français du XIX<sup>e</sup> siècle.

Né à Marcilhac-sur-Célé le 26 mai 1794, élève au collège de Cahors, puis étudiant en médecine à Montpellier et à Paris, Jean-Pierre Falret fréquente l'hôpital de la Salpêtrière, où il connaît Pinel. Mais c'est Esquirol qui décide de sa carrière. Médecin de la « section des idiots » à la Salpêtrière depuis 1821, il est nommé membre adjoint de l'Académie de médecine en 1829. Il écrit de nombreux ouvrages où il retrace ses découvertes scientifiques décisives et révolutionnaires, mettant en place les premiers tableaux cliniques et identifiant les « troubles bipolaires », autrefois appelés « folie circulaire ». On passe de l'aliénation mentale aux maladies mentales qu'il décrit comme « la forme la plus inhumaine de la maladie, celle qui défigure l'esprit ». Jean-Pierre Falret quitte son service de la Salpêtrière en 1867, et se retire dans sa maison de Vanves avec son fils Jules Falret (un grand aliéniste lui aussi). Puis il retourne terminer sa vie dans son pays natal, Marcilhac-sur-Célé, le 28 octobre 1870, où un buste lui rend hommage. Une fondation porte son nom à Paris.



## Le Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret, opérateur unique de la psychiatrie sur le département du Lot

Le centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie Jean-Pierre Falret est l'un des 13 établissements composant l'Institut Camille Miret.

Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), privé solidaire, assure la prévention et la prise en charge de personnes présentant des

troubles psychiques au travers de consultations et/ou d'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet.

# Le Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret, membre fondateur de la FERREPSY (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé mentale en Occitanie)

## Historique de la Ferrepsy.

Le constat d'une recherche académique en psychiatrie et en santé mentale encore largement sous dotée et de politiques de santé peu évaluées est posé par une quinzaine d'acteurs de la psychiatrie régionale en mars 2014. Dans ce contexte, il est urgent de coordonner les moyens et de créer des collaborations avec différents partenaires pour renforcer une capacité de recherche régionale. Autre constat : le besoin d'activer des espaces d'échanges et de rencontres entre les différents établissements sanitaires spécialisés en psychiatrie pour dynamiser le partage des connaissances, échanger autour des pratiques et renforcer les coopérations. La finalité est d'améliorer la qualité des soins offerts aux usagers de la psychiatrie et l'accompagnement des familles et des proches.

De cette réflexion naît la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale de Midi-Pyrénées puis d'Occitanie (FERREPSY Occitanie), ouverte à l'ensemble des établissements sanitaires œuvrant en psychiatrie et santé mentale de la région : CHU, CHS, CH, ESPIC, cliniques privées... qu'ils s'occupent d'enfants et d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. Nous sommes en mars 2015, au Centre hospitalier spécialisé Gérard Marchant à Toulouse, avec 13 membres fondateurs. Le Dr François Olivier est élu président et directeur, le Pr Christophe Arbus président du Conseil scientifique.

## Les 13 membres fondateurs

CHU Toulouse, CH G. Marchant Toulouse, CH du Gers, CH Ariège-Couserans, CH de Lannemezan, CH de Lavaur, CH de Montauban, CH Sainte-Marie de Rodez, Institut Camille Miret, CH Jean Pierre Falret de Leyme, Fondation Bon Sauveur d'Alby, Clinique d'Aufrery, Clinique de Beaupuy et Clinique des Cèdres

**FÉDÉRER LES ACTEURS**  
Impulser une dynamique collective et constructive pour les établissements de la FERREPSY. Saisir les opportunités et développer les actions.

**DYNAMISER LA RECHERCHE**  
Encourager les initiatives et favoriser les collaborations pour amplifier la dynamique de recherche régionale.



**ANIMER LE TERRITOIRE**  
Organiser des espaces de concertation, de réflexion et de partage pour favoriser l'émergence de projets et mener des actions innovantes et adaptées au territoire.

**PARTAGER LES CONNAISSANCES**  
Diffuser les savoirs et enrichir les connaissances et les pratiques.

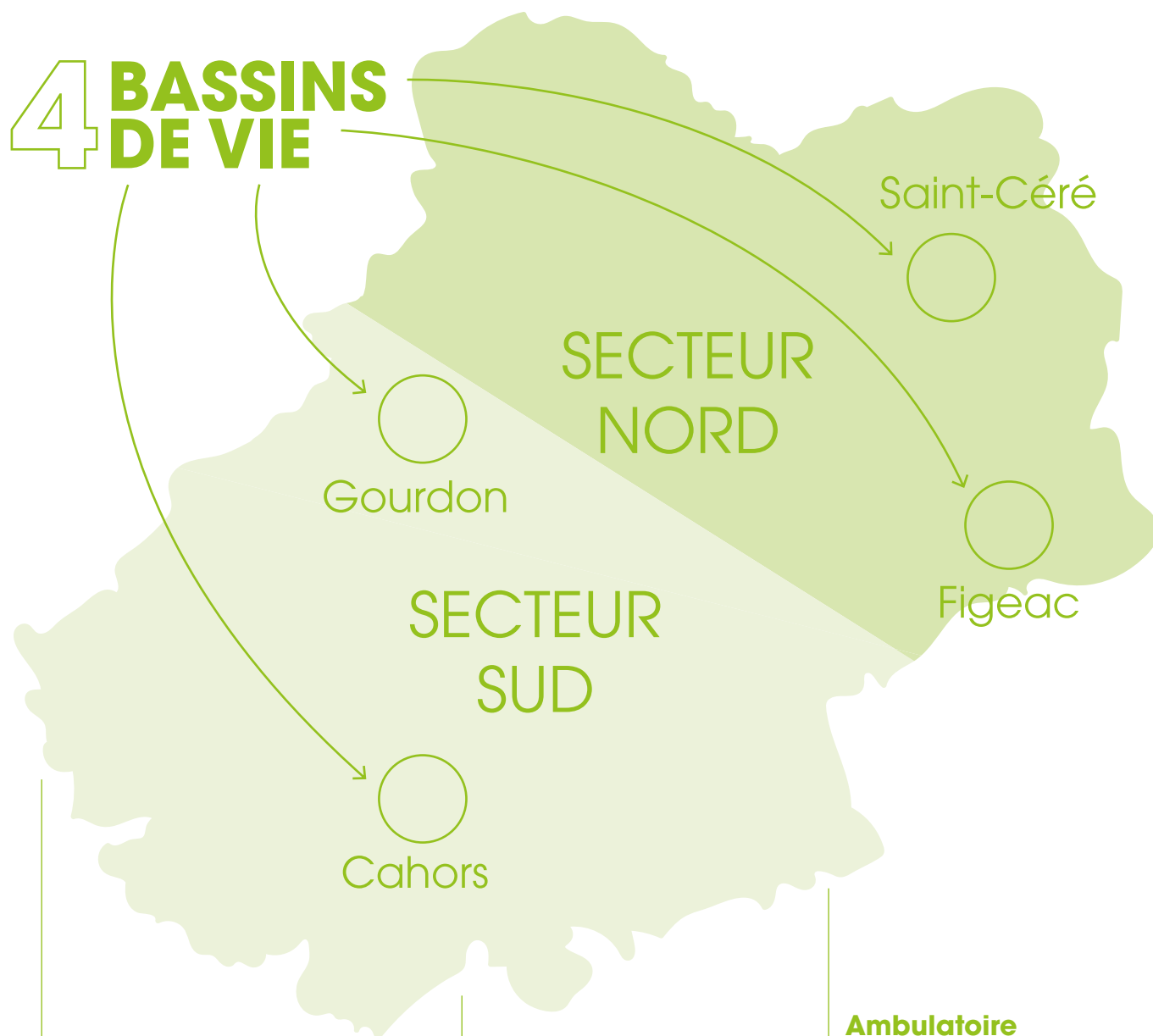
**SOUTENIR LES ACTEURS**  
Inciter et accompagner les acteurs de la région qui s'engagent dans des projets et des actions en lien avec nos missions.

# Secteur sanitaire de psychiatrie

# 2

secteurs

## 4 BASSINS DE VIE



### Hospitalisation temps complet Leyme

Elango, Hoptimom, Hospy 02, UPCA, UFHC, USP, R2, UCC, UGPG, hôpital de jour et de nuit

**Cahors** : UHCA

**Figeac** : Appt thérapeutiques

### Ambulatoire enfants/ados

- CMP : 5
- CATTp : 5
- HDJ : 5
- Plateforme TND : 1
- Équipe mobile ados : 2
- CATTp ados : 1
- CAA : 1

### Ambulatoire adultes/pers âgées

- CMP : 6
- CATTp : 6
- HDJ : 3
- RPS : 1
- DARIS : 1
- Équipe mobile précarité : 2
- Urgences psychiatriques : 1
- EMPPA : 1
- Consultation mémoire : 2
- HDJ PA : 3



**48**  
**millions**  
de budget

**267**  
**lits et places**  
autorisés

**50 000**  
**journées**  
TC & TP

**7 200**  
**patients**  
suivis

**608**  
**ETP**

# Pôle 1 Sud du Lot - Bassins de vie de Cahors Gourdon et Souillac



Hôpital de jour adultes Cahors



Centre de santé Cahors



DARIS Cahors



Direction de pôle



Hospy Cahors



CMPA Gourdon



Antenne de Prayssac



CMPE Souillac



Psychiatrie  
de la personne âgée  
Souillac

# Pôle 2 Nord du Lot - Bassins de vie de Figeac et Saint-Céré





CMPE et HDJE Saint-Céré



HDJ personnes âgées Figeac



Centre de Santé Saint-Céré

# 3 Le projet médico-soignant



## 3.1 AXES ET THÉMATIQUES

Les orientations du projet médico-soignant du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret doivent prendre en compte, dans ses stratégies de développement et d'organisation, un certain nombre d'axes émanant des politiques nationales, régionales et locales.

### Axes issus des Assises Nationales de la Santé Mentale

Les principales mesures des Assises Nationales de la Santé mentale (septembre 2021) :

- Après la création au printemps d'un forfait psy pour les 3-17 ans et celle du « chèque psy » pour les étudiants, à partir de 2022, l'Assurance maladie prendra en charge pour l'ensemble de la population à partir de 3 ans, un forfait de huit séances chez le psychologue en ville, mais seulement sur prescription médicale.
- Pour améliorer la prévention, développement des premiers secours en santé mentale dans tous les secteurs de la société. Création d'une maison des adolescents dans chaque département.
- Création de 100 places en accueil familial thérapeutique sur deux ans.
- Augmentation sur trois ans de 800 ETP (équivalent temps plein) pour renforcer les effectifs des centres médico-psychologiques pour adultes en 2022-2024. Idem pour ceux dédiés aux enfants, afin de « réduire au maximum les délais d'attente » dans ces structures, qui sont parfois « supérieurs à 18 mois dans les territoires les plus en tension ».
- Création de 20 équipes mobiles pour la prise en charge des personnes âgées en Ehpad et dans les structures médico-sociales. Création de 12 postes d'enseignants chercheurs en psychiatrie supplémentaire entre 2022 et 2025.
- Création de l'institut de stimulation cérébrale et le centre e-CARE de prise en charge et de recherche sur l'enfant.
- Un numéro national gratuit de prévention du suicide doit par ailleurs voir le jour dès le 1<sup>er</sup> octobre. Cette ligne proposera, 24h/24 et 7J/7, une prise en charge sanitaire des personnes ayant des idées suicidaires, depuis les premières idées de mort jusqu'à la crise suicidaire.
- L'instauration début 2022 d'un repérage systématique de la dépression post-partum, qui toucherait environ 15 % des mères
- Volet psychiatrie du service d'accès aux soins (SAS)
- Développement de l'accès aux soins somatiques
- Dispositif des lits « à la demande »

## Axes issus du PTSM du Lot

### AXE I - Faciliter les coordinations, partenariats et mutualisations dans le cadre d'un parcours de santé mentale continu

- Renforcer les partenariats (conventions) avec le médico-social et la médecine de ville, consultations somatiques, installation de CMP dans une MSP.

### AXE II - Favoriser et renforcer les approches et modes d'intervention novateurs et émergents

- Accompagner l'expérimentation de prise en charge par l'assurance maladie des thérapies non médicamenteuses (projet précarité et souffrance psychique)
- Développer l'utilisation de la télémédecine
- Promouvoir la Réhabilitation Psychosociale (RPS) et impulser les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)
- Renforcer l'action du secteur psychiatrique dans l'émergence d'approches innovantes (coordinateurs de parcours, groupement de prévention et de promotion de la santé mentale, IPA, dispositifs innovants de psychoéducation et de soutien aux familles et proches aidants)
- Améliorer la réponse apportée aux situations de crise : créer le centre d'accueil et de crise dans le cadre du projet d'hospitalisation complète de l'ICM à Cahors

### AXE III - Améliorer la réponse apportée aux prises en charge spécifiques

- Renforcer l'accompagnement des personnes présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme
- Faciliter l'accès aux soins en développant l'interprétariat pour les situations de précarité qui le nécessitent

### AXE IV - Déployer des actions en prévention et promotion de la santé mentale

- Porter un regard transversal sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale

### AXE V - Poursuivre et engager des actions propices à la lutte contre la stigmatisation

- Accompagner la dé-stigmatisation et la sensibilisation aux maladies relevant du champ de la santé mentale

## Axes structurants des projets de pôle du Centre hospitalier Jean-Pierre Falret

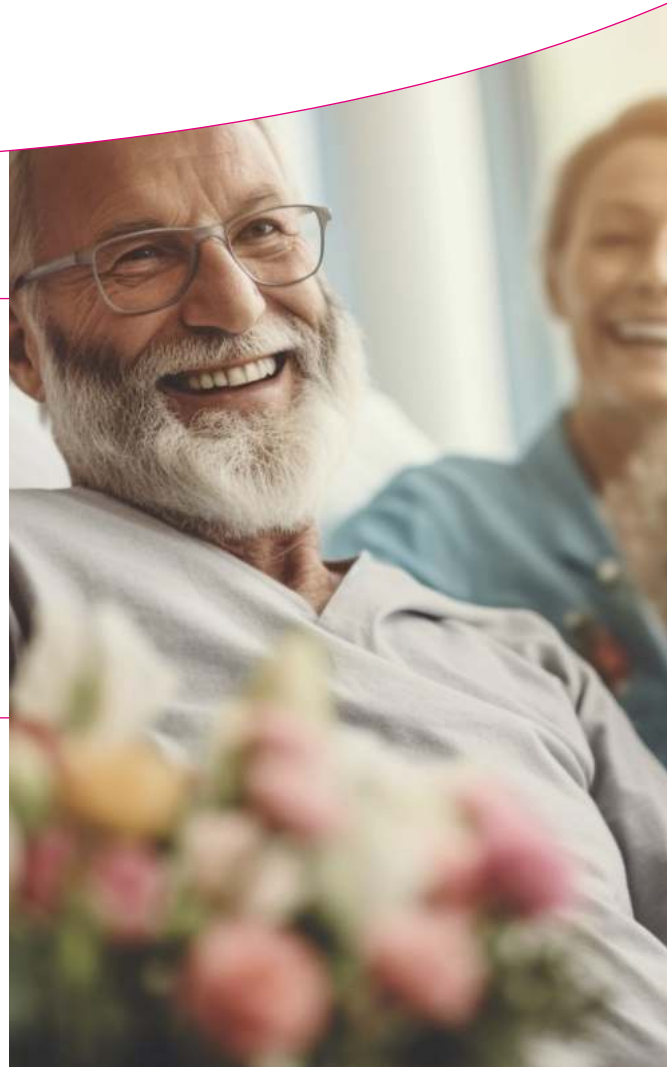
En 2019, avec la création de deux pôles de gestion clinique, un travail de fond a été réalisé avec l'écriture des projets de pôle autour de la structuration de cinq parcours patients :

- Le parcours pédopsychiatrie,
- Le parcours psychiatrie adulte,
- Le parcours réhabilitation psychosociale,
- Le parcours de psychiatrie de la personne âgée,
- Le parcours somatique.

## Axes issus du CPOM

Le CPOM traite des thématiques suivantes :

- Pédopsychiatrie,
- RPS,
- Règles de bonnes pratiques isolement-contention,
- Optimisation prise en charge adulte,
- Amélioration des collaborations avec les partenaires extérieurs et la médecine de ville.



## 3.2 CONTEXTE STRATÉGIQUE DU PROJET MÉDICO-SOIGNANT



### POINTS FORTS

- L'ICM est porteur du PTSM (projet territorial de santé mentale)
- L'implication des professionnels de l'ICM dans les différentes instances départementales et régionales, et du Conseil Territorial de Santé (CTS)
- Une offre d'accompagnement diversifiée au sein d'unités spécialisées autour des profils patients
- Une unité d'hospitalisation dédiée aux enfants et un travail en réseau
- Une plateforme TND (troubles neuro-développement) déployée par le CH Jean-Pierre Falret
- Un maillage des CMP sur l'ensemble du territoire
- La mise en œuvre de conventions avec des structures médico-sociales
- Des projets de pôle et de services récents, évolutifs, réactualisés en fonction des évolutions
- La possibilité d'hébergement sur le site de Leyme pour les stagiaires, les CDD ou les CDI en cours d'installation

### OPPORTUNITÉS

- Le portage par l'ICM du PTSM
- La validation de l'ouverture d'un CAC (centre d'accueil et de crise) sur le CH de Cahors (conséquences sur le parcours du patient, les types d'unités, les relations avec les partenaires et notamment les urgences, la problématique des 15-25 ans)
- L'accent mis sur la formation des équipes
- La formation d'IPA (infirmier en pratique avancées)
- La possibilité d'être reconnu comme une antenne du CRA (autisme)
- L'actualisation de l'offre et le parcours RPS

### MENACES

- La difficulté à recruter peut menacer la pérennité ou le développement de certaines activités
- La structuration d'une organisation satellitaire de l'établissement qui devient en partie incompatible avec la réforme de la psychiatrie (développement de l'ambulatoire)
- L'accueil de certains publics (hors psychiatrie) en inadéquation avec la mission dévolue
- Le décalage entre les décisions ministérielles et la réalité du terrain

## 3.3 LE PROJET MÉDICO-SOIGNANT : OBJECTIFS ET PRINCIPES

### 3.3.1. OBJECTIFS



#### **Développement et transformation de l'offre et de l'activité**

##### **Projet CAC**

**Projet RPS en relation  
avec le secteur médico- social  
(parcours patient)**

**Projet des 15-25 ans**

**Projet TSA**

**Prise en charge des  
psycho-traumatismes**

**Prévention du suicide**

**Projet d'addictologie**

**Projet  
« troubles de la personnalité »**

**Projet psychiatrie du sujet âgé**

**Accompagnement médical  
somatique en ambulatoire**

**Prévention de l'hospitalisation  
complète par les hôpitaux de jour**

**Projet de groupement  
de prévention  
de la santé mentale**



#### **Amélioration de l'organisation et des ressources**

**Transversalité sur certaines  
missions et domaines  
de compétences (EMDR, TCC,  
éducation thérapeutique...)**

**Consultations au sein des MSP  
(Maison de Santé Pluridisciplinaire  
de psychiatres ou de  
psychologues ou d'infirmiers)**

**Initier un travail pour s'organiser  
avec les psychologues libéraux  
du Lot dans le cadre  
du développement  
des soins primaires**

**Développement des pratiques in-  
novantes et des approches n  
on médicamenteuses**

**Bonnes pratiques  
d'isolement/contention**

**Projet IPA**

## 3.3.2. PRINCIPES

### L'approche par les parcours de soins et de santé mentale

#### Parcours de soin ?

Selon la Haute Autorité de Santé, l'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)...

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles

fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme.

Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel, mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. Sachant que la nécessité d'une telle coordination de qualité augmente avec le nombre de professionnels concernés qui lui varie selon la complexité de la situation et la poly-pathologie.

La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique, mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».



#### Santé mentale ?

Cependant, l'approche curative ne suffit pas, elle doit être élargie à la santé mentale. Selon l'OMS, la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Le projet médico-soignant se doit d'intégrer cette dimension et de contribuer, via un certain nombre de projets et d'actions, à agir sur les déterminants de la santé mentale, mais aussi proposer de travailler sur la promotion et la protection de la santé mentale.



## La promotion des droits des patients

La réflexion engagée par les acteurs du Centre hospitalier Jean-Pierre Falret se fonde sur la mission de service public et sur les principes des droits fondamentaux de l'Homme déclinés en termes de droits aux soins, sur la base de 7 points qui sont autant d'objectifs à atteindre pour nos organisations :

**1 / Le public doit avoir accès à la dimension préventive des soins :** la psychiatrie, chambre d'écho de la société doit prendre acte de l'évolution de la souffrance sociale, elle doit pouvoir anticiper et aller vers les souffrances non encore exprimées.

**2 / La population doit avoir accès au dispositif de soin adapté,** quels que soient l'âge et la pathologie présentée, dans un périmètre géographique raisonnable en termes de temps de transport ; cette dimension d'accueil doit s'étendre aux familles et entourage des patients.

**3 / Le public doit bénéficier d'une évaluation clinique, d'un diagnostic et d'une orientation adaptée,** dans un délai raisonnable, selon que la demande soit programmable ou urgente.

**4 / Il doit pouvoir profiter d'une offre de soins actualisée** au regard de l'évolution des connaissances et conforme à l'obligation de qualité, sécurité, compétence et innovation.

**5 / Il doit bénéficier de soins coordonnés et de qualité à l'intérieur d'un parcours formalisé** en fonction de l'évaluation des symptômes manifestés et observés, et ce, indépendamment des modalités administratives de la prise en charge. Cette coordination doit s'effectuer en interne entre les différents services concernés, et doit s'étendre à l'extérieur du dispositif en lien avec l'ensemble du réseau.

**6 / Le patient doit être informé, associé et impliqué** à chaque étape de ses soins.

**7 / Le patient doit pouvoir rester le plus possible dans son environnement familial et social,** accompagné par des soins de réhabilitation visant la réduction du handicap et l'inclusion dans la société.



## La lisibilité

La communication est un enjeu fondamental de toute institution qui implique une lisibilité, une transparence et une formalisation des actions et des organisations.

La lisibilité s'appuie sur une organisation des soins simplifiée, décloisonnée, accessible et recentrée autour du parcours du patient.

### Le circuit Interne :

- Parcours de soins définis, organisés et maîtrisés par l'ensemble des professionnels de chaque pôle
- Modes d'adressage et d'entrée formalisés dans les projets de service
- Présentations des dispositifs et offres de soins à l'ensemble des professionnels de l'Institut Camille Miret

### Le circuit Externe :

- Service de communication (site Internet, plaquettes, réseaux sociaux...)
- Action d'information de l'offre de soins auprès des partenaires et des institutions (site internet, plaquettes, mails...)

## La réactivité

La réactivité s'évalue à partir du délai entre la demande de soins et la prise en charge de cette dernière. Elle implique :

### • De développer et d'adapter l'offre de soins et son maillage au plus près des besoins tout en prenant en compte les ressources disponibles :

- Interroger et adapter la carte sanitaire avec la limite de la sectorisation
- Intégrer et/ou collaborer avec des dispositifs spécifiques (MDA...) et de santé primaire (MSP)

### • De positionner les CMP comme pivots du soin :

des consultations y sont proposées avec un premier RDV d'évaluation infirmier. Les situations d'urgences sont à adresser au service des urgences psychiatriques

présent au sein de chaque centre hospitalier général du Lot (Cahors, Figeac, Gourdon, Saint-Céré). Une orientation vers le Centre d'Accueil et de Crise (CAC) pourra être proposée à terme avant de prévoir une éventuelle hospitalisation en unité libre ou fermée.

### L'organisation mise en place assure une continuité des soins prévenant les ruptures de prise en charge.

## Le maillage du territoire et la proximité

Le public doit trouver une réponse optimale et de proximité, quel que soit son âge, sa problématique de santé mentale et des modalités de prise en charge adaptées. Ainsi le maillage se décline à deux niveaux :

### • La nécessaire mise en commun des compétences et la coopération des équipes autour d'un même patient,

avec un renforcement des partenariats, et une transversalité des compétences ;

### • Le déploiement et la répartition de l'offre de soin sur l'ensemble du territoire,

en adaptant et en actualisant cette réponse au regard de la démographie, de l'évolution du territoire et des moyens alloués.

## L'accessibilité

Elle est garantie par la mise à disposition d'un plateau technique, de compétences et de dispositifs spécifiques organisés autour de la notion de parcours et déployés sur l'ensemble du territoire.

L'offre de soins se doit d'être actualisée tant au niveau de son organisation que des prises en charge innovantes sur le territoire.

Les pôles se développent au niveau de leurs bassins de vie (Cahors, Gourdon, Souillac, Figeac, Saint-Céré), des centres de santé mentale s'appuyant sur un guichet unique facilement repérable, ainsi que sur des consultations au sein des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP Labastide Murat, MSP Souillac...).

Le pôle se donne aussi les moyens de « l'aller vers » afin de faciliter l'accès aux soins notamment à destination d'un public en situation de fragilité : développement des équipes mobiles et renforcement des partenariats (acteurs du médico-social et élus).

L'accès aux soins programmés (par les CMP) ou en urgence (par le service d'urgence) doit être facilité pour le public et pour les professionnels adresseurs ce qui suppose :

- Une lisibilité des différentes filières d'accès qui doivent être repérables, formalisées et diffusées,
- Un délai de réponse raisonnable, adapté aux situations,
- Le respect des protocoles d'accueil établis pour chaque unité,
- Une traçabilité de la rencontre par une bonne tenue du dossier patient.

À ce niveau, les structures pour l'accueil et l'orientation du patient sont différenciées des structures de prise en charge.





# 4 Déclinaison des projets 2025/2029

## 4.1 DÉVELOPPEMENT ET TRANSFORMATION DE L'OFFRE ET DE L'ACTIVITÉ

Projets 2025/2029	Objectifs
<b>Projet CAC</b>	- Gérer la phase aiguë de la crise et orienter le patient
<b>Projet RPS en relation avec le secteur médico-social (parcours patient)</b>	- Développer l'autonomie du patient sur le plan psychique et en terme d'adaptation à son cadre de vie et lui permettre une inclusion sociale en milieu ordinaire pour bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante en tant que citoyen.
<b>Projet 15 - 25 ans</b>	- Favoriser l'accès aux soins psychiatriques et de santé mentale dans une logique de continuité pour la population des 15-25 ans - Renforcer la réponse dans une logique de réseau avec les soins primaires et médico-sociaux - Aller vers les populations éloignées ou en voie d'éloignement du système de santé
<b>Projet TSA</b>	- Réaliser le diagnostic, orientation et prise en charge des enfants autistes/TSA, en lien avec les partenaires départementaux et/ou régionaux - Garantir une cohérence du parcours entre autres grâce aux référents du « parcours TSA » repérés au sein du pôle comme un appui clinique dans le dépistage/évaluation et la prise en charge - Renforcer les compétences dans l'évaluation et la prise en charge grâce à un plan de formation externe et interne et par les partages d'expériences - Renforcer le lien et la collaboration avec tous les acteurs territoriaux concernés par la prise en charge des enfants TSA - Assurer la coordination avec la PCO TND
<b>Prise en charge psycho-traumatismes</b>	- Passer d'un traitement symptomatique à un traitement étiologique - Éviter l'évolution vers l'apparition de pathologies psychiatriques sévères et/ ou la dé-socialisation - Éviter l'enfermement dans le symptôme et la chronicisation
<b>Prévention du suicide</b>	- Contribuer à réduire le taux de suicide sur le département - Dépister de manière plus systématique les pathologies psychiatriques initiées par des symptômes de velléité suicidaire
<b>Projet « troubles de la personnalité »</b>	- Proposer une offre pour les personnes souffrant de certains troubles de la personnalité et plus particulièrement les adolescents et jeunes adultes à risques
<b>Projet d'addictologie</b>	- Accompagner le patient pour atteindre un objectif de réduction ou d'abstinence - Traiter les troubles psychiatriques associés (dépression, anxiété, troubles de la personnalité comme borderline, obsessionnels...) - Retravailler le projet global de vie du patient

<b>Projet psychiatrie du sujet âgé</b>	Recentrer les missions sur la prise en charge des pathologies psychiatriques de la personne âgée s'articulant autour de 2 axes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie psychiatrique d'apparition récente avec ou sans troubles cognitifs ;</li> <li>• Pathologie psychiatrique ancienne associée ou pas à des troubles cognitifs</li> </ul>
<b>Accompagnement médical somatique en ambulatoire</b>	- Organiser l'accès aux soins somatiques à des populations précarisées, plus éloignées du système de santé puis coordonner le parcours de ces patients dans une approche globale (somatique et psychiatrique) afin de sécuriser la mise en place et l'observance d'un traitement.
<b>Prévention de l'hospitalisation complète par les hôpitaux de jour</b>	- Éviter une hospitalisation complète - Faciliter l'accès à des soins thérapeutiques en journée pour une efficacité plus rapide - Éviter la stigmatisation - Limiter la dé-socialisation - Faciliter l'alliance thérapeutique - Faciliter l'accès au système de santé hospitalier - Continuer à bénéficier du support social de l'entourage même en situation de crise
<b>Projet groupement de prévention de la santé mentale</b>	- Participer à la promotion du bien-être et de la santé mentale dans le département du Lot - Contribuer à la prévention des troubles mentaux, évaluer l'impact des actions engagées - Participer de la dé-stigmatisation de la maladie mentale - Contribuer à l'information concernant la maladie mentale

## 4.1.1. PROJET DE GROUPEMENT DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ MENTALE

*Ce projet est inscrit dans le PTSM du Lot et s'oriente sur deux axes.*

### La prévention en santé mentale

Les actions de prévention sont définies comme celles qui anticipent un désordre. Ainsi, **c'est la prévention primaire qui est la véritable prévention.**

La prévention pourrait alors se définir comme ce qui vise la réduction de l'incidence des sujets de santé

mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population générale ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions.

### La promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale peut se définir comme ce qui vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers. L'empowerment<sup>(1)</sup> en est une composante essentielle.

**Il est à noter quelques différences concernant ces deux concepts :**

- La prévention s'inscrit dans une logique de maladies ou de problèmes dont on peut éviter la survenue, que ces problèmes soient de nature psychosociale ou de l'ordre des troubles mentaux caractérisés ;
- Concernant la promotion de la santé mentale, celle-ci s'inscrit dans une logique d'accroissement de la santé mentale et du bien-être personnel et collectif.

<sup>(1)</sup>L'empowerment, c'est développer le pouvoir d'action qu'on a tous en soi. L'idée étant que la personne puisse faire ses propres choix et soit décisionnaire de son projet de vie » (Emmanuelle Jouet)

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à la promotion du bien-être et de la santé mentale dans le département du Lot</li> <li>- Contribuer à la prévention des troubles mentaux, évaluer l'impact des actions engagées</li> <li>- Participer de la dé-stigmatisation de la maladie mentale</li> <li>- Contribuer à l'information concernant la maladie mentale</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<p>Créer un Groupement de Prévention et Promotion de la Santé Mentale (G2PSM)</p> <p>Définir un programme de prévention et de promotion de la Santé Mentale qui permettra de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler en partenariat avec les élus et acteurs de terrain, la prévention étant indissociable de la proximité</li> <li>• Participer à des « actions de recherche » (OMS, programmes européens, recherches universitaires)</li> <li>• Participer et s'appuyer sur des études épidémiologiques en santé mentale</li> </ul> <p>S'articuler avec d'autres groupements de santé mentale d'Occitanie et s'intégrer à leur programme de travail.</p>
<b>Profil des patients / populations cibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La démarche s'inscrivant en premier lieu dans le cadre d'une prévention primaire, elle cible l'ensemble de la population du Lot, quel que soit son âge</li> </ul> <p>L'attention sera portée sur des publics pouvant être impactés par des changements sociétaux comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La montée de la précarité et des phénomènes migratoires</li> <li>• La demande des pouvoirs publics concernant les événements traumatiques collectifs et individuels</li> <li>• Les nouvelles symptomatologies en lien avec les modes de vie actuels (stress, harcèlement, burn-out...) ou liés à l'épidémie du COVID</li> <li>• L'émergence de difficultés spécifiques à certaines tranches d'âge de la population (adolescents, personnes âgées)</li> <li>• Les impacts psychologiques individuels et collectifs du changement climatique</li> </ul>
<b>Éléments clés des démarches de prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un modèle d'interventions à trois voix (patients, familles, professionnels) dans les différentes actions d'information en direction de la communauté</li> </ul>

<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagnes et actions d'information/ sensibilisation/ communication</li> <li>• Formations des partenaires</li> <li>• Études des besoins selon les thématiques</li> <li>• Études et observatoire</li> <li>• Conférences</li> <li>• Site Internet</li> <li>• Participation à des travaux de recherche</li> <li>• Travail en partenariat en développant des conventions</li> <li>• Analyses de pratiques dans le cadre de partenariats</li> <li>• Dispositifs ou réseaux, de pré alerte, d'alerte et de vigilance</li> <li>• Dispositifs du type RAPT (réseau d'alerte pour professionnel) au SCAPA (soutien téléphonique aux personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques), ainsi que des CLSM (Conseil Local de Santé mentale) et les CLS</li> </ul> <p>L'offre est à construire et développer dans le cadre de réseaux de partenariats en particulier avec les acteurs de première ligne que sont les médecins généralistes et les services sociaux (département en particulier) et les MSP.</p>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un programme formalisé de prévention pluriannuel et de promotion de la santé mentale</li> <li>- Rapport annuel d'activité sur les actions réalisées</li> <li>- Évolution pluriannuelle du taux de recours à l'hospitalisation sous contrainte</li> </ul>



## 4.1.2. PROJET DE CENTRE D'ACCUEIL DE CRISE ET D'ORIENTATION (CAC)

Le projet CAC, Centre d'Accueil et de Crise, de trois lits dans un bâtiment construit au sein du Centre Hospitalier de Cahors, a une dimension départementale et repose sur un partenariat non seulement avec les urgences de l'hôpital de Cahors, mais aussi les urgences des hôpitaux de Saint-Céré, Figeac et Gourdon.



<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<b>Gérer la phase aiguë de la crise et orienter le patient</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en charge les situations et sécuriser le patient et son entourage</li> <li>- Traiter précocement la crise et son orientation</li> <li>- Évaluer l'état du patient et son évolution et notamment la pertinence d'une hospitalisation sous contrainte</li> <li>- Repérer et mobiliser les ressources en support psychosocial</li> <li>- Éviter les mesures de contraintes prolongées</li> <li>- Constituer un sas entre l'urgence et l'hospitalisation</li> <li>- Éviter les hospitalisations, le traumatisme associé et les conséquences psychosociales et médico-légales</li> <li>- Fluidifier le parcours et éviter les inadéquations</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	- Adultes ou adolescents en situation de décompensation ou d'agitation
<b>Critères d'éligibilité</b>	<p><b>Critères généraux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes de tous âges</li> <li>- Adolescents à partir de 13 ans</li> </ul> <p><b>Critères spécifiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients en crise en provenance du médico-social en entrée directe validée par un médecin de la structure</li> </ul> <p><b>Critères d'exclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants de moins de 13 ans</li> <li>- Personne n'ayant pas bénéficié d'un bilan somatique préalable</li> <li>- Patients atteints de pathologies somatiques nécessitant un plateau technique spécifique et/ou une surveillance intensive au plan somatique</li> <li>- Patients présentant une conduite addictive (toxicomanie, alcoolisme...) sans comorbidité psychiatrique Ces patients sont réorientés vers le CSAPA ou l'unité ou l'UPCA dans les meilleurs délais</li> </ul>

<b>Adresseurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgences des hôpitaux de Cahors, Saint-Céré, Figeac et Gourdon après pré-évaluation et accord entre médecins</li> <li>- Médico-social</li> <li>- Patient en hospitalisation libre ou sous contrainte en psychiatrie qui décompense</li> <li>- Services ambulatoires de la psychiatrie, CMP</li> <li>- Maires</li> <li>- Autorités publiques (préfet, gendarmerie, etc)</li> <li>- Médecins traitants</li> <li>- Psychiatres libéraux</li> <li>- Accès direct uniquement pour les adolescents</li> </ul>
<b>Durées des séjours cibles</b>	- Jusqu'à 72 h
<b>Positionnement dans le parcours de soins et de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette unité a vocation à évaluer, orienter le patient dans le parcours de soins et de ce fait fluidifier les parcours, dès le passage au service d'urgence</li> <li>- Elle vise à éviter toute hospitalisation intempestive</li> </ul>
<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une évaluation et une prise en charge intensive de la crise dès son apparition et/ou hospitalisation de courte durée</li> <li>- Participation à la CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) et au programme national Vigilans</li> </ul>



<b>Plateau technique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan médical et paramédical</li> <li>- Apaisement basé sur un certain nombre de techniques médicamenteuses ou non</li> <li>- Thérapies brèves et psychocorporelles (TCC, EMDR, relaxation, etc)</li> <li>- Entretiens familiaux</li> <li>- Techniques de résolution de conflit</li> <li>- Lieu d'expression et d'écoute de la crise</li> <li>- Surveillance intensive (basée sur des protocoles)</li> <li>- Accès à une chambre d'isolement et d'apaisement si besoin</li> <li>- Accompagnement social si besoin</li> </ul>
<b>Permanence des soins, astreintes ou gardes médicales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Système d'astreinte ou de garde psychiatre</li> <li>- Une convention avec l'hôpital de Cahors permet l'accès H24 à des compétences somatiques, voire spécialisées</li> </ul>
<b>Qualifications mobilisées dans la prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatre et pédopsychiatre</li> <li>- Médecin généraliste en temps partagé</li> <li>- Psychologue</li> <li>- Assistante Sociale mutualisée</li> <li>- Cadre</li> <li>- Infirmiers</li> <li>- AHQ mutualisé</li> <li>- Temps secrétariat</li> <li>- Coordonnateur de parcours de soins (mutualisé)</li> <li>- Compétences linguistiques : traducteurs si besoin</li> </ul>
<b>Partenaires principaux externes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Hospitalier de Cahors et en particulier son service d'urgences</li> <li>- Centre Hospitalier de Gourdon, Figeac et Saint-Céré et en particulier leur service d'urgences</li> <li>- Établissements et services médico-sociaux (handicap, personnes âgées...)</li> <li>- Organismes de tutelle</li> <li>- Service social du conseil départemental</li> <li>- Médecin traitant</li> <li>- Services de justice</li> <li>- Préfecture</li> <li>- Associations d'usagers (UNAFAM, GEM, etc)</li> <li>- Réseau des infirmières libérales</li> <li>- Réseau des aides à domicile et SAD</li> <li>- ARS</li> <li>- PCPE (pôle de compétences et prestations externalisé)</li> <li>- CPTS</li> </ul>



<p><b>Place et intérêt de ce projet dans la filière et sur le territoire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un maillon entre l'urgence et le domicile ou l'hospitalisation, en vue de désengorger les structures et fluidifier les parcours, entre la prévention et le soin</li> <li>- Améliorer les conditions de prise en charge et éviter certaines hospitalisations</li> </ul>
<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée Moyenne de Séjour en Heures total, des séjours de plus de 2 h</li> <li>- Part des séjours de plus de 72 h</li> <li>- Nombre de prise en charge ou passages</li> <li>- Nombre de passages débouchant sur un retour à domicile, une hospitalisation en intra ou dans un autre établissement</li> <li>- Ratio nombre de levées de mesure avant les 72 h</li> <li>- Nombre de levées de demandes d'hospitalisation sous contraintes sur le nombre total d'hospitalisations</li> <li>- Nombre et durée moyenne des séjours en chambre d'isolement</li> <li>- Nombre d'injections (indicateur optionnel)</li> <li>- Répartition des patients par tranche d'âge avec un focus sur les mineurs et les plus de 75 ans</li> <li>- Taux de ré hospitalisations à 48 h</li> <li>- Déclaration des EI graves dont agressions envers le personnel</li> <li>- Zone géographique de provenance</li> <li>- Entrées selon les tranches horaires de la journée et de la semaine et la saisonnalité annuelle</li> </ul>



### 4.1.3. PROJET RPS

L'offre de soins RPS se décline différemment sur le pôle 01 et sur le pôle 02 en terme d'organisation. Il s'agit, pour les cinq années à venir, d'évoluer vers un pôle unique de réhabilitation.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<p>- Développer l'autonomie du patient sur le plan psychique et en terme d'adaptation à son cadre de vie et lui permettre une inclusion sociale en milieu ordinaire pour bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante en tant que citoyen.</p>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<p><b>Les objectifs de la prise en charge :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnaliser la prise en charge</li> <li>• Intégrer la dimension géographique et l'origine des patients</li> <li>• Construire une offre graduée avec les partenaires médico-sociaux du territoire y compris au niveau ICM</li> <li>• Organiser une prise en charge précoce de la psychose afin de réduire les pertes de chance, en s'appuyant notamment sur un observatoire départemental</li> <li>• Développer la pair-aidance</li> <li>• Intégrer la famille dans le parcours RPS (répit, éducation thérapeutique, coordination, etc)</li> <li>• Intégrer un volet professionnel dans l'accompagnement de certains patients</li> </ul> <p><b>Les objectifs d'organisation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer un réseau régional au niveau de la RPS et se préparer à une labellisation</li> <li>• Partager et mettre à disposition les compétences et les outils de la RPS au sein de l'ICM</li> <li>• Intégrer de nouveaux métiers afin d'enrichir l'équipe pluridisciplinaire et l'accompagnement (IPA, conseiller, psychomotriciens, éducateur professionnels...)</li> <li>• Développer et formaliser les partenariats avec le médico-social et le social, notamment dans le cadre du PTSM et des CLSM</li> </ul>

<b>Profil des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles psychotiques au sens large (classé F20 dans la CIM10) stabilisés ou en voie de stabilisation</li> <li>- Troubles bipolaires</li> <li>- Troubles obsessionnels graves</li> <li>- Troubles graves du spectre autistique (HPI)</li> </ul>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur la base d'une prescription médicale fondée sur un diagnostic pluridisciplinaire</li> <li>- Patient majeur, sauf exception validée par un psychiatre et un pédopsychiatre</li> <li>- Patient volontaire, qui connaît son diagnostic et donc acteur de son projet</li> </ul> <p><b>Critères d'exclusion à l'entrée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient en crise</li> <li>• Patient relevant du handicap psychique (notification MDPH ou démarche en cours / orientation secteur médico-social)</li> </ul> <p><b>Critères de sortie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souhait ou demande du patient, après avis médical</li> <li>• Atteinte des objectifs fixés dans le parcours RPS et connus du patient</li> <li>• Décompensation générant une sortie temporaire dans l'accompagnement</li> </ul>
<b>Durées des séjours cibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basé sur des durées cibles établies dans le « contrat de prise en charge »</li> </ul>
<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'entrée dans le dispositif débute par l'évaluation pluridisciplinaire, l'élaboration d'un projet et sa contractualisation avec le patient</li> <li>- Un soignant référent est identifié pour chaque patient comme interlocuteur privilégié de son accompagnement</li> <li>- Un parcours personnalisé est établi et traduit dans un planning d'activités individuelles et/ ou collectives selon une fréquence adaptée Les activités sont réalisées sur divers lieux : service, partenaires locaux, associations, domicile, etc</li> <li>- Des bilans intermédiaires sont réalisés en équipe pluridisciplinaire et avec le patient</li> <li>- Lorsque les objectifs d'inclusion et/ou d'autonomie sont atteints, la pertinence de la prise en charge est réinterrogée avec le patient et le médecin référent RPS</li> <li>- Un relais vers le CMP peut être mis en place avec de nouveaux objectifs ou un relais vers le médico-social ; dans ce cas le médecin psychiatre référent du CMP assure le suivi en concertation avec les partenaires de la prise en charge</li> <li>- Des parcours spécifiques sont isolés en fonction de l'extension des indications</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La coordination se fait par les réunions de synthèse ou par les coordonnateurs de parcours en lien avec le médecin psychiatre référent</li> <li>- Sur les cas complexes, les représentants du domicile sont invités aux réunions de synthèses ou des rencontres organisées dans les passages au domicile</li> <li>- Dans le cadre de la réforme des SAD (guichet unique des SAD et SSIAD), on prévoit de travailler avec l'IDEC (infirmier coordonnateur)</li> <li>- D'autres outils sont utilisés : messagerie sécurisée Médimail, DMP (dossier médical partagé)</li> </ul>

## Offre

- Évaluation globale bio-médico-sociale réalisée de manière pluridisciplinaire avec des outils comme l'évaluation de Boston, des échelles spécifiques, des tests comme la PANNS (symptomatologie des patients atteints de schizophrénie)
- Bilan somatique
- Tests neurologiques réalisés par la neuropsychologue (évaluation des capacités cognitives et de leur répercussion chez le patient)
- Évaluation de l'humeur et de l'insight ainsi que des tests de personnalité si besoin
- Estime de soi
- Bilan social et évaluation de l'autonomie au domicile au regard des actes de la vie quotidienne, évaluation à domicile si besoin par un ergothérapeute mais aussi des capacités professionnelles si besoin
- Pour les patients bipolaires, un entretien médical est réalisé pour valider le diagnostic Les tests de Beck et Young sont passés suivis d'un test motivationnel ainsi que l'outil Eladeb (auto-évaluation des besoins et difficultés)
- Psychoéducation et/ou éducation thérapeutique : atelier prendre soin de soi, inclusion dans la cité, programme d'ETP schizo vie, atelier bipolaire, PACT des laboratoires Jeansen
- Ateliers culture, droit des patients, droits des citoyens,
- Remédiation cognitive avec le logiciel RECOS et/ ou des activités physiques adaptées
- Remédiation de la cognition sociale
- Remédiation de la méta cognition
- Programme CRT (remédiation cognitive)
- Programme de remédiation cognitive IPT
- Programme d'éducation cognitive Twamley
- Atelier théâtre
- Atelier compétences
- Atelier cognitions sociale
- Sorties week-end
- Sport adapté
- Groupes Habilitéés Sociales
- Appartement associatif ou maison communautaire
- Bilan somatique annuel
- Entretien et accompagnement individuel, accompagnement spécifique coopératif
- Logiciel Accept Voices
- Michael's Game
- Psycho éducation des familles avec Pro famille
- Accès à l'habitat social

<p><b>Éléments d'organisation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une équipe RPS départementale</li> <li>- Harmonisation des outils d'évaluation et d'intervention</li> <li>- Formation des équipes sur certains domaines (accompagnement des troubles HPI, troubles obsessionnels compulsifs grave, utilisation de certains logiciels ou outils et méthodes)</li> <li>- Analyse de pratiques professionnelles</li> <li>- Introduction et mutualisation de certains métiers à prévoir : ergothérapeute, psychomotricien, éducateur, conseiller ou éducateur professionnel, IPA (infirmier en pratique avancée)</li> </ul> <p><b>Les services ou les outils supports de la RPS sont :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CATT</li> <li>• Appartements thérapeutiques</li> <li>• Maison communautaire</li> <li>• Visites à domicile et accompagnements inclusifs</li> <li>• Services longue durée</li> </ul> <p><b>Des partenariats sont à développer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SAMSAH ICM</li> <li>• Résidences d'accueil ICM</li> <li>• SAVS</li> <li>• Bailleurs sociaux pour l'habitat inclusif</li> <li>• Foyers de vie</li> <li>• FAM</li> <li>• SAD (future Service Autonomie à domicile, guichet unique SSIAD et SAA)</li> <li>• Centre de ressources territorial départemental (pour personnes âgées)</li> <li>• ESAT dont celui de l'ICM</li> <li>• Entreprises inclusives</li> <li>• Centre Rééducation Professionnel (CRP)</li> <li>• Chambres de Métiers</li> <li>• OETH</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser un réseau de pair aidants avec professionnel référent à former</li> <li>- Renforcer l'analyse médico-socio-économique des profils des patients, notamment avec le DIM</li> <li>- Développer un centre de ressources connaissances et méthodologies en outil collaboratif (espaces informatiques avec fichier partagé, voir service informatique)</li> </ul>
<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- File active</li> <li>- Taux de ré-hospitalisations</li> <li>- Taux de patients sortant du parcours RPS sans ré-hospitalisations</li> <li>- Résultats des questionnaires de satisfaction des patients</li> <li>- Durée Moyenne de Séjour</li> <li>- Nombre de familles prise en charge en psycho-éducation</li> <li>- Taux de patients en insertion professionnelle</li> <li>- Nombre d'intervention en pair-aidance</li> <li>- Nombre de prises en charge en dépistage précoce de troubles psychotiques (- de 25 ans)</li> </ul>

## 4.1.4. PROJET 15-25 ANS

Une dégradation de l'état de santé mentale des jeunes adultes est observée, majorée par le confinement subi et le contexte COVID.

Pour ce public de jeunes adultes, la question de la prévention en psychiatrie et santé mentale est à développer en partenariat avec les établissements scolaires et les service d'accueil et d'orientation sans oublier la population spécifique d'adolescents ou jeunes adultes handicapés institutionnalisés ou à domicile.

De nouvelles situations sont aussi à prendre en compte comme la population des mineurs non accompagnés (MNA) ou celle des mineurs radicalisés ou de retour de zone de conflits en partenariat avec les services spécialisés de l'État.

Pour l'ensemble de ces mineurs, la problématique juridique en lien avec l'accès au statut de majeur renvoie à la notion de consentement, à l'exercice de l'autorité parentale, à la désignation de la personne de confiance notamment. Ces questions sont spécifiques en cas de jeune sous tutelle.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'accès aux soins psychiatriques et de santé mentale dans une logique de continuité pour la population des 15-25 ans</li> <li>- Renforcer la réponse dans une logique de réseau avec les soins primaires et médico-sociaux</li> <li>- Aller vers les populations éloignées ou en voie d'éloignement du système de santé</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les patients déjà suivis en pédopsychiatrie, anticiper et accompagner le passage à l'âge adulte y compris dans les domaines hors champ sanitaire</li> <li>- Procéder au dépistage précoce chez de jeunes adultes à risque de psychose, troubles alimentaires, conséquences de psycho-traumatismes (violences psychologiques et sexuelles, emprise conjugale), risque suicidaire, environnement de radicalisation et dérives sectaires dès les premiers signaux faibles.</li> <li>- Développer la prévention des risques psychiatriques chez le jeune adulte</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	<p><b>Déjà dans la file active</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles du développement psychologique dont troubles spécifiques (TSA, TSD, etc.) avec dans certains cas handicap psychique, psycho-traumatismes, addictions</li> </ul> <p><b>Entrant ou éligible à la file active</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premières manifestations de troubles d'allure psychotique</li> <li>• Premières décompensations</li> <li>• Tentative de suicide</li> <li>• Psycho-traumatisme</li> <li>• Développement d'addictions</li> <li>• Désocialisation « sévère » : décrochage scolaire avec impact psychiatrique, Mineur Non Accompagné, etc.</li> </ul>

<b>Critères d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients correspondant aux profils ci-dessus</li> <li>- Critère d'âge 15 – 25 ans, mais l'approche clinique doit primer.</li> <li>- Priorité aux patients du département</li> <li>- Addictions niveau 2</li> </ul>
<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parcours construits sur mesure du fait de leur spécificité et/ou de leur complexité</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	<p><b>Pour les parcours simples :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi par le médecin référent</li> </ul> <p><b>Pour les parcours complexes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition d'une offre de coordination assez rapidement après l'entrée dans le parcours</li> </ul>
<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations pluridisciplinaires et suivi CMP</li> <li>- Démarches ou campagnes de prévention et d'information auprès des partenaires</li> <li>- Hospitalisation complète dont hospitalisation de semaine ou séquentielle</li> <li>- Hospitalisation de jour</li> <li>- Suivi par équipe mobile adolescents</li> <li>- CATTP</li> <li>- Appui à la coordination de parcours complexe</li> <li>- Travailler sur un parcours spécifique addictologie 15-25 ans</li> </ul>
<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter les organisations à la population des 15 – 25 ans</li> <li>- Définir des organisations passerelles</li> <li>- Organiser le passage de relais vers des structures adultes psychiatrie ou non-psychiatriques (coordinateurs de parcours)</li> <li>- Développer des compétences en transversal : neuropsychologue, psychomotricien, orthophoniste, éducateurs spécialisés, etc.</li> <li>- Structurer un accompagnement qui mobilise les ressources familiales</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- File active des 15-25 ans</li> <li>- Nombre de patients entrant en crise</li> <li>- Sortie de la file active après 25 ans pour les pathologies à faible potentiel évolutif</li> <li>- Nombre d'actions de prévention conduites chaque année</li> <li>- Nombre ou part de patients entrant dans la file active suite à un « aller vers »</li> </ul>

## 4.1.5. PROJET TSA (TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE)

Le projet du parcours TSA est l'un des parcours spécifiques pédopsychiatriques du pôle sud qui s'appuie sur :

- La volonté du secteur sanitaire de pédopsychiatrie d'affirmer sa place dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents présentant des TSA, en intégrant les recommandations de la HAS et les lignes définies par le Plan Autisme ;
- Le dispositif d'évaluation (mis en place en 2016) basé sur les binômes de professionnels sur chaque CMPE ainsi que sur les psychiatres formés et/ou sensibilisés par le CRA Toulouse aux outils d'évaluation TSA, qui permet au CMPE de réaliser des bilans et de poser le diagnostic d'un TSA selon les recommandations de la HAS ;
- Les expériences et les compétences des professionnels notamment des hôpitaux de jour et de l'unité « Hôp'Ti'Môm » dans la prise en charge des enfants présentant des TSA.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser le diagnostic, orientation et prise en charge des enfants autistes/TSA, en lien avec les partenaires départementaux et/ou régionaux</li> <li>- Garantir une cohérence du parcours entre autres grâce aux référents du « parcours TSA » repérés au sein du pôle comme un appui clinique dans le dépistage/évaluation et la prise en charge</li> <li>- Renforcer les compétences dans l'évaluation et la prise en charge grâce à un plan de formation externe et interne et les partages d'expériences</li> <li>- Renforcer le lien et la collaboration avec tous les acteurs territoriaux concernés par la prise en charge des enfants TSA</li> <li>- Assurer la coordination avec la PCO TND</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter le nombre de professionnels formés et/ou sensibilisés à la passation des bilans TSA (y compris les formations certifiées)</li> <li>- Sensibiliser les professionnels assurant les premières consultations au CMPE au dépistage des symptômes évoquant un éventuel TSA</li> <li>- Augmenter le nombre de professionnels formés et/ou sensibilisés à la prise en charge des patients TSA</li> <li>- Participer aux missions de sensibilisation et/ou de formation auprès des professionnels et/ou du grand public</li> <li>- Formaliser ce parcours comme un appui/référence clinique pour les professionnels concernés par la prise en charge des patients TSA</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les enfants présentant des troubles du développement psychologique évoquant un potentiel TSA</li> <li>- Les enfants diagnostiqués TSA</li> </ul>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 -16 ans, au-delà pour les cas exceptionnels</li> <li>- Domicile – Les bassins de vie du département du Lot (départements limitrophes en ce qui concerne « Hôp'ti'Môm »)</li> <li>- TSA suspect (pour le diagnostic) ou avéré (pour la PEC)</li> </ul>



<b>Adresseurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins traitants</li> <li>- PMI</li> <li>- Psychiatre adulte</li> <li>- Pédiatres hospitaliers et libéraux</li> <li>- CAMSP</li> <li>- Médecins scolaires</li> <li>- CRA</li> <li>- Médico-social (CMPP, IME, ITEP, SESSAD)</li> <li>- CMPE, unités d'hospitalisation</li> <li>- Adresseurs non médicaux (éducateurs par exemple)</li> <li>- Demande directe des parents</li> </ul>
<b>Durées des séjours cibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'approcher au maximum des recommandations de la HAS concernant le diagnostic et la mise en place des prises en charge précoces.</li> </ul>
<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Premiers rendez-vous médical</li> <li>- Passation des bilans pluridisciplinaires</li> <li>- Rendez-vous « d'annonce » aux parents (restitution)</li> <li>- Phase « post-annonce » et orientation</li> <li>- Mise en place des accompagnements</li> <li>- Évaluation régulière du projet de soins individualisé en équipe pluridisciplinaire</li> <li>- Liens réguliers avec les partenaires</li> <li>- Selon la phase du parcours, passage d'un dispositif à l'autre au sein du Centre hospitalier Jean-Pierre ou dans le médico-social.</li> <li>- Pour les TSA avec troubles modérés, on peut s'appuyer sur le réseau des psychologues en libéral, notamment dans le cadre du dispositif de remboursement par l'assurance « Monpsy » ainsi que les éducateurs libéraux</li> </ul>
<b>Positionnement dans le parcours de soins et de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase d'évaluation et d'orientation (selon le diagnostic retenu) d'enfant avec ou sans antécédents des bilans et/ou des soins en dehors et/ou dedans du champ de la pédopsychiatrie</li> <li>- Prise en charge dans nos structures et/ou en collaboration avec des partenaires du champ de l'autisme (question des « doubles prise en charge »)</li> </ul>
<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic et/ou prise en charge suivant les recommandations de la HAS dans des cadres variés : CMP, HDJ, CATTP, hospitalisation.</li> </ul>

<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Référent du dispositif</li> <li>- Référent du parcours</li> <li>- Dossier partagé</li> <li>- Listing d'adresses électroniques des professionnels</li> <li>- Organisation en place au niveau des CMP, HDJ, CATP, hospitalisation</li> </ul>
<b>Plateau technique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salle dédiée et équipée pour les bilans et les prise en charge</li> <li>- Caméra, ordinateur</li> <li>- Batterie des tests (ADOS, ADI...)</li> <li>- Locaux et matériel pour des médiations/prises en charge adaptées pour les patients autistes</li> <li>- Véhicule (pour assurer les interventions au domicile et auprès des partenaires)</li> </ul>
<b>Qualifications mobilisées dans la prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnels formés ou sensibilisés à la passation des bilans TSA (médecin, psychologue, infirmier, éducateur...)</li> <li>- Bilans complémentaires – psychométriques et/ou projectifs, psychomoteurs, orthophoniste</li> <li>- Professionnels formés à la prise en charge d'enfant autiste</li> </ul>
<b>Équipements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salle dédiée et équipée</li> <li>- Caméra, ordinateur</li> <li>- Batterie des tests (ADOS, ADI...)</li> <li>- Locaux et matériel adaptés pour la prise en charge d'enfant autiste (PECS...)</li> </ul>
<b>Partenaires principaux externes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins traitants</li> <li>- Hôpitaux</li> <li>- PMI</li> <li>- Pédiatres hospitaliers et libéraux</li> <li>- CAMSP</li> <li>- Médecins scolaires/éducation nationale/RASED</li> <li>- CRA</li> <li>- PCO TND</li> <li>- Médico-social (SESSAD, IME)</li> <li>- MDPH</li> <li>- Neuropédiatres</li> <li>- ORL</li> <li>- Services sociaux</li> <li>- Professionnels libéraux</li> <li>- ARS</li> <li>- Associations</li> </ul>



**Place et intérêt de ce projet dans la filière et sur le territoire**

- Diagnostic et orientation des enfants adressés pour une suspicion d'un TSA, suivant des recommandations de la HAS – réduction des délais d'attente, lieu d'évaluation près du lieu de vie, désengorger le CRA (réservé aux cas « complexes »), liens de proximité et privilégiés avec le réseau de partenaires permettant la mise en place des soins et des accompagnements rapidement après la pose du diagnostic.
- Prise en charge des enfants autistes suivant les recommandations de la HAS, dans nos structures et/ou en collaboration avec des partenaires du champ de l'autisme, en assurant la cohérence et la fluidité du parcours du patient autiste.
- Sensibilisation et/ou formation des partenaires permettant un meilleur repérage et dépistage des enfants pouvant relever du spectre autistique de raccourcir les délais du diagnostic (diagnostic précoce) et de la mise en place des soins adaptés.

**Évaluation**

- Délais entre le diagnostic posé et la mise en place des prises en charge
- Nombre de bilans
- Nombre de professionnels formés
- Équipements acquis
- Durée d'évaluation
- Nombre d'enfants pris en charge dans nos structures
- Nombre d'enfants orientés vers d'autres structures
- Nombre d'enfants avec « double prise en charge »
- Nombre d'enfants en attente d'une PEC
- Nombre de jeunes TSA suivant au-delà de l'âge de 18 ans

## 4.1.6. PROJET PRISE EN CHARGE DES PSYCHO-TRAUMATISMES

Au décours de prises en charges en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie ou addictologie, de nombreux psycho-traumatismes sont révélés. Sur la base d'une étude réalisée en interne, près de 80 % des patients sont atteints de troubles psycho-traumatiques.

Fort de ce constat, une expertise a été développée par les équipes pour une prise en charge spécifique notamment en hospitalisation pour le traitement des cas sévères et complexes qui altèrent en général la capacité à accéder à une vie sociale. Ces cas sont soit développementaux, soit induits par la répétition.

Il s'agit également d'assurer un rôle d'observateur des évolutions du psycho-traumatisme.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passer d'un traitement symptomatique à un traitement étiologique</li> <li>- Éviter l'évolution vers l'apparition de pathologies psychiatriques sévères et/ ou la dé-socialisation</li> <li>- Éviter l'enfermement dans le symptôme et la chronicisation</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvrir une consultation d'accueil, de dépistage et d'orientation sur les psycho-traumatismes</li> <li>- Participer au groupement de santé mentale dans le domaine de la prévention en matière de psycho-traumatismes</li> <li>- Développer une offre interne et/ou externe de prise en charge selon les orientations et les approches thérapeutiques dans le cadre de différentes modes d'accompagnement ambulatoire ou d'hospitalisation</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout type de patient ayant subi un traumatisme récent ou ancien, quel que soit son âge, enfant ou adulte</li> </ul>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<p><b>Critère préalable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le traitement, les troubles psychotiques ou dissociatifs ou addictifs vont nécessiter un temps de stabilisation préalable avec une prise en charge dédiée et globale</li> <li>• Toutes les prises en charge nécessitent un premier temps plus ou moins long de stabilisation, selon les comorbidités associées</li> <li>• Traiter les aspects juridiques et sociaux en amont dans certaines situations</li> </ul> <p><b>Critère restrictif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient en dé-socialisation complète, travail préalable à conduire</li> </ul>
<b>Durées des séjours cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À adapter au profil du patient</li> </ul>
<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation de bilan sur le CMP</li> <li>- Orientation dans un parcours de traitement du traumatisme selon des modes d'accompagnement adaptés</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	<p><b>Parcours simples :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi par le psychiatre référent</li> </ul> <p><b>Parcours complexes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition d'une offre de coordination assez rapidement après l'entrée dans le parcours</li> </ul>

<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des consultations pluridisciplinaires</li> <li>• L'accès à des techniques validées par les sociétés savantes pour traiter les traumatismes</li> <li>• La co-intervention possible avec une prise en charge addictologie</li> <li>• Une hospitalisation temps plein, séquentielle, à temps partiel ou en ambulatoire adaptée à l'évolution de la prise en charge de la pathologie</li> </ul> <p><b>Techniques utilisées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TCC</li> <li>• EMDR (associations EMDR France et EMDR Europe)</li> <li>• Hypnose (méthode d'Edna Foa)...</li> </ul> <p><b>Il convient :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'organiser la possibilité d'accès à une consultation juridique</li> <li>• D'organiser des passerelles avec les associations d'aide aux victimes (conventions)</li> </ul> <p><b>Pour les violences conjugales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir l'accès à des associations de victimes,</li> <li>• Organiser des groupes de parole</li> <li>• Se préparer à ouvrir un accompagnement des auteurs de violences conjugales ou sexuelles</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- On prévoit une offre de prise en charge de la douleur</li> <li>- Un volet prévention est à développer notamment auprès des acteurs de la première ligne (nature des psycho-traumatismes, repérage précoce, types de prise en charge et techniques, conditions de réussite, points de vigilance et de risque)</li> </ul>
<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En amont, un travail est à réaliser avec les partenaires institutionnels (notamment la justice et la police, les urgences médico-judiciaires) pour clarifier les modes de collaboration dans le cadre de cette offre</li> <li>- Ouverture d'une consultation spécialisée pluridisciplinaire</li> <li>- Maintien et/ou développement des compétences relatives aux techniques de traitement des traumatismes psychiques</li> <li>- Supervision ou régulation (équipe pluridisciplinaire)</li> <li>- Recours à la pair-aidance dans une approche limitée et adaptée : témoignage, participation au groupe de parole, information</li> <li>- Accès à une prise en charge de la douleur soit interne (par exemple hypnose) soit externe avec l'équipe mobile douleur et soins palliatifs</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- File active dans la consultation spécialisée</li> <li>- Entrées et sorties chaque année dans la file active</li> <li>- Part des patients liés aux violences conjugales et sexuelles dans la file active</li> <li>- Partenariats actifs dans le cadre de conventions (PAUSE AUX FILAOS, AFFIRME, cellule de protection des familles, ...)</li> </ul>



#### 4.1.7. PROJET PRÉVENTION DU SUICIDE

##### Un numéro national gratuit : le 3114

Ce numéro a été mis en place dans le cadre des Assises Nationales de la Santé mentale. Cette ligne propose, 24h/24 et 7J/7, une prise en charge sanitaire des personnes ayant des idées suicidaires, depuis les premières idées noires jusqu'à la crise suicidaire. Il y a également l'association historique SOS Amitié.

Dans le Lot 25.5 suicides pour 100 000 habitants soit le taux le plus élevé d'Occitanie qui oscille entre 14.1 et 16.1 ces dernières années. Il est de 13.2 en France. Sur la période 2005-2015, pour le département du Lot on constate en moyenne 365 décès par suicide par an. Cela représente un poids des suicides dans l'ensemble des causes de décès de 1.6 %.

##### Des professionnels formés

L'ICM collabore avec l'ARS du Lot et la MSA sur les questions de risque suicidaire. Des formations des personnels soignants sont organisées.

Des formations actions animées par un psychiatre et un psychologue sont organisées sur 2 journées auprès de divers publics : sapeurs-pompiers, personnels concernés par le risque suicidaire.

Sur le programme Vigilans, un travail est lancé avec la coordinatrice de ce programme sur l'Occitanie. Des formations sont organisées au moins une fois par an.

##### Rôle important des CMP, du CAC, de la MDA...

Dans ce projet, les CMP jouent un rôle important ainsi que le futur CAC.

Pour les adolescents, la maison des adolescents a un rôle à jouer. Cette thématique est à relier

et à articuler avec le traitement des violences scolaires, avec le projet des 15 - 25 ans, avec le groupement de prévention de la santé mentale mais aussi avec le projet sur les psycho-traumatismes.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuer à réduire le taux de suicide sur le département</li> <li>- Dépister de manière plus systématique les pathologies psychiatriques initiées par des symptômes de velléité suicidaire</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Initier une évaluation diagnostique et clinique pour toute personne qui présente des symptômes et des situations de crise suicidaire</li> <li>- Intervenir systématiquement auprès des personnes ayant procédé à une tentative de suicide pour éviter la récurrence (programme Vigilans)</li> <li>- Mieux articuler la continuité des parcours de soins des patients à risques suicidaire, notamment dans les phases de sortie d'hospitalisation</li> <li>- Former les personnels de première ligne au dépistage de la crise suicidaire, notamment sur les populations à risques</li> <li>- Définir un circuit pour traiter une alerte à l'ICM H24 et 365 jours par an par le biais du CAC</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	<p><b>Populations avec profils à risques majeurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescents et jeunes adultes</li> <li>• Personnes âgées</li> <li>• Professionnels à risques (policiers, agriculteurs, enseignants...)</li> <li>• Troubles bipolaires, dépressions graves, addictions, troubles du comportement, psychoses</li> </ul>





<b>Critères d'éligibilité</b>	<b>Liés à des facteurs de risques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents</li> <li>• Pathologies psychiatriques</li> <li>• Age</li> <li>• Sexe</li> <li>• Abus d'alcool et de drogue</li> <li>• Caractéristiques de personnalité</li> <li>• Troubles socioculturels</li> <li>• Tentatives de suicide</li> <li>• Suicide dans l'entourage</li> <li>• Manque de cohésion familiale et sociale</li> <li>• Environnement immédiat : violences de tous types</li> <li>• Transitions majeures dans la vie : rupture conjugale, perte d'emploi, dépôt de bilan, annonce d'une maladie grave, perte d'un être cher, etc</li> </ul>
<b>Durées des séjours cible</b>	- Adapté à la situation individuelle de chaque patient
<b>Éléments clés du parcours</b>	- Plusieurs modes d'entrée : CMP ou CAC ou urgences - Évaluation clinique avec parcours conçu au cas par cas et hospitalisation si nécessaire
<b>Gestion du parcours</b>	- Le binôme psychiatre/soignant ou le psychiatre référent du patient
<b>Offre</b>	- Prévention - Prise en charge et traitement de la situation de la crise suicidaire

<p><b>Éléments d'organisation</b></p>	<p><b>Volet prévention : plan pluriannuel de prévention Campagnes de communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagnes de formation, notamment des personnes en première ligne</li> <li>• Conventions avec certains organismes</li> <li>• Déploiement du programme Vigilans</li> <li>• Référents identifiés</li> <li>• Participation au comité départemental de prévention et de prise en charge des risques suicidaires du Lot,</li> <li>• Analyse annuelle et ré-orientation des actions en fonction des problématiques identifiées</li> <li>• Développer des partenariats sur les thématiques du risque suicidaire</li> <li>• Travailler les facteurs de protection et l'amélioration de l'environnement du patient</li> </ul> <p><b>Volet traitement : ensemble des dispositifs du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répondre H 24 365 jours par an et de faciliter l'accès le plus rapide possible à un accompagnement</li> <li>• Prévoir un plan de formation interne sur le risque suicidaire (identifier les personnes-ressources)</li> </ul>
<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évolution pluriannuelle du taux de suicide sur le département du Lot</li> <li>- Déploiement du programme Vigilans</li> <li>- Nombre de personnes internes et externes formées au risque suicidaire</li> <li>- Nombre de participations à des actions ou campagnes de communication sur le risque suicidaire</li> </ul>



## 4.1.8. PROJET SUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

On parle plus de patterns de fonctionnement avec dans certains cas plusieurs troubles de la personnalité associés liés à des traumatismes notamment développementaux ou des pathologies du lien.

De fait, la prise en charge est assez lourde, sur un temps long, associée à des temps d'hospitalisation soit à temps complet soit en séquentiel (HDJ avec formation spécifique pour les professionnels).

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	- <b>Proposer une offre pour les personnes souffrant de certains troubles de la personnalité et plus particulièrement les adolescents et jeunes adultes à risques</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Définir une offre spécifique pour les patients ayant déjà été hospitalisés et pour les personnes ayant connu des pathologies récurrentes ou résistantes - Développer l'utilisation de certaines techniques thérapeutiques validées par les sociétés savantes pour traiter les troubles de la personnalité : thérapie des schémas, thérapie dialectique, TCC...
<b>Profil des patients</b>	- Adultes ou adolescents diagnostiqués avec un trouble de la personnalité
<b>Critères d'éligibilité</b>	<b>Critères en lien avec les facteurs de risques</b> Patients avec les facteurs de risques suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles de l'attachement</li> <li>• Pathologie du lien</li> <li>• Fonctionnement de type « abandonnique »</li> </ul> <b>Critères spécifiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient souffrant d'une addiction nécessitant une double prise en charge coordonnée.</li> </ul> <b>Critères d'exclusion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de personnalité antisociale</li> <li>• Pas d'agresseurs sexuels dans un premier temps avec évolution progressive sur ce critère</li> <li>• Psychoses non stabilisées</li> </ul>
<b>Durées des séjours cible</b>	- Adapté au cas par cas, en général prise en charge sur une période dans le parcours de soins d'au moins 6 mois
<b>Éléments clés du parcours</b>	- Parcours en séquentiel adapté à la stratégie thérapeutique définie
<b>Gestion du parcours</b>	<b>Deux co-thérapeutes qui assurent le suivi et l'accompagnement :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 infirmiers, 1 infirmier/1 médecin, 1 infirmier/1 psychologue)</li> </ul>



<p><b>Offre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations en CMP</li> <li>• Ateliers en groupe en HDJ</li> <li>• Séances individuelles en HDJ</li> <li>• Consultations avec l'environnement personnel ou familial</li> <li>• Dans certains cas, une hospitalisation complète, de jour, de nuit, de week-end.</li> <li>• Accompagnements à domicile ou dans certains cas spécifiques visite médiatisée, passage devant le juge si besoin, qui peuvent être conduits par les assistantes sociales</li> <li>• Consultation pour un bilan de santé somatique pour les patients n'ayant pas de médecin traitant</li> </ul>
<p><b>Éléments d'organisation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositif transversal sur le Centre hospitalier Jean-Pierre</li> <li>- Élément clé : articulation CMP/HDJ ou Hospitalisation pour la continuité de l'accompagnement</li> <li>- HDJ modulable deux ou trois jours par semaine associé à hospitalisation temps complet</li> <li>- Formation spécifique du personnel : infirmiers, psychiatres, psychologues</li> <li>- Psychiatre responsable de ce dispositif qui coordonne les interventions</li> <li>- Groupe d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP)</li> </ul>
<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évolution de la file active sur les troubles de la personnalité en fonction des tranches d'âge</li> <li>- Part des entrants dans la file active</li> <li>- Nombre d'hospitalisations et durée</li> <li>- Nombre de patients dont les critères de troubles de la personnalité ont évolué</li> <li>- Nombre de professionnels formés aux techniques thérapeutiques utilisées</li> </ul>

## 4.1.9. PROJET D'ADDICTOLOGIE

La prise en charge en addictologies s'organise autour d'une unité d'hospitalisation à temps complet, UPCA, comprenant une partie sevrage (2 semaines environ) et un travail thérapeutique dans un second temps (ateliers), de deux places en hôpital de jour et de consultations.



<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner le patient pour atteindre un objectif de réduction ou d'abstinence</li> <li>- Traiter les troubles psychiatriques associés (dépression, anxiété, troubles de la personnalité comme borderline, obsessionnels, etc.)</li> <li>- Retravailler le projet de vie global du patient</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir le niveau 2.</li> <li>- Développer les parcours sur le territoire dans le cadre du réseau addictologie en lien notamment avec le CSAPA.</li> <li>- Prévoir un volet prévention</li> <li>- Réactualiser régulièrement les conventions avec les centres hospitaliers Lotois pour l'accès à un neurologue et un gastroentérologue</li> <li>- Proposer une prise en charge HDJ addictologie (demande d'autorisation l'ARS)</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge de patients sur des parcours complexes : poly-addictions, sevrage complexe, comorbidités associées, problèmes sociaux, profil psychiatrique...</li> </ul>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<p>Patients au profil complexe</p> <p><b>Critères d'exclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient mineur</li> <li>• Patient avec pathologie somatique pouvant engager un pronostic vital à court terme</li> <li>• Instabilité forte de l'état somatique</li> <li>• Troubles du comportement alimentaire</li> <li>• Risque suicidaire très élevé</li> <li>• Patients en phase psychotique aiguë</li> <li>• Patients hors département du Lot sans solution sociale en sortie (pas de logement, pas d'entourage, etc.)</li> </ul>
<b>Durées des séjours cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 30 à 45 jours</li> </ul>

<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation de pré-admission pour une évaluation de la pertinence de l'indication avec adressage par un CSAPA ou un médecin traitant ou appel direct du patient</li> <li>- Hospitalisation : accompagnement complet au niveau somatique et psychiatrique avec plateau technique et ateliers thérapeutiques</li> <li>- Suivi : CMP par une infirmière (voire une VAD) et un médecin ou suivi par le CSAPA ou le médecin traitant</li> <li>- Cas complexes : centres spécialisés postcure avec spécialisations (femmes ayant subi des psycho-traumatismes, public en précarité sociale...)</li> <li>- Accompagnement de la famille si nécessaire</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatre : pilote le parcours durant l'hospitalisation en s'appuyant sur les référents infirmiers</li> <li>- CMP ou médecin traitant ou le CSAPA : suivi</li> </ul>
<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plateau technique pour les activités thérapeutiques : salle de sport, salle image de soi, bain à bulles, atelier équitérapie, organisation de sorties le samedi, groupe de parole, thérapie des schémas, hypnose pour la démarche thérapeutique de sevrage et de traitement</li> <li>- Travail d'éducation et d'information thérapeutique sur les risques du cannabis (dans un contexte de légalisation du CBD), prioritairement auprès d'un public de jeunes, à réaliser en collaboration avec les CSAPA, les lycées, les MSP</li> <li>- Développer sur le département une offre plus adaptée pour la distribution de produits de substitution (Méthadone et Subutex), en particulier dans le nord du Lot. Ce travail pourrait être développé avec les MSP, voire les CPTS. Le recours à la télémédecine avec un réseau de médecins pourrait apporter des éléments de solution.</li> <li>- Sous réserve d'une autorisation spécifique, création d'un Hôpital de jour addictologie (localisation à définir, plutôt sur une ville du Lot, capacité de 5 places)</li> </ul>
<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmiers référents</li> <li>- Psychologue à 40 %</li> <li>- Assistante sociale à 50 %</li> <li>- Projet de soins individualisé</li> <li>- Formations en interne par le psychiatre référent</li> <li>- Définir une organisation pour un hôpital de jour avec une équipe mutualisée addictologie</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- File active</li> <li>- Taux de perdus de vue</li> <li>- Taux de ré hospitalisation à 1 an</li> <li>- Taux d'usagers abstinents à 1 an</li> <li>- Nombre d'actions menées dans le cadre de la prévention</li> <li>- Conventions signées et actualisées</li> <li>- HDJ ouverte et son activité</li> </ul>

## 4.1.10. PROJET PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

Depuis 2019, le projet de psychiatrie de la personne âgée s'est structuré en parcours, avec un découpage territorial unique, prenant en compte plusieurs dimensions tant en hospitalisation qu'en ambulatoire :

- Le parcours de santé des personnes
- Les coopérations territoriales
- Le décloisonnement opérationnel entre les différents acteurs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux).

<p><b>Objectifs médicaux principaux</b></p>	<p><b>Recentrer les missions sur la prise en charge des pathologies psychiatriques de la personne âgée s'articulant autour de 2 axes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pathologie psychiatrique d'apparition récente avec ou sans troubles cognitifs ;</b></li> <li>• <b>Pathologie psychiatrique ancienne associée ou pas à des troubles cognitifs</b></li> </ul>
<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<p><b>Patients présentant des troubles psychiatriques du sujet âgé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les demandes dans le cadre d'un guichet unique à partir du CMP comme en psychiatrie adulte</li> <li>• Ajuster la prise en charge de ces patients au sein de l'offre de la filière en proposant des soins adaptés</li> <li>• Proposer une offre spécifique pour les patients déambulant ayant des maladies Alzheimer et apparentées compliquées de troubles du comportement rendant impossible le maintien à domicile au moins temporairement Ce qui exclut les maladies Alzheimer et apparentées sans complication psychiatriques</li> <li>• Sur avis médical, réorienter les prises en charge des patients présentant des troubles cognitifs isolés</li> <li>• Permettre un décloisonnement entre les différents acteurs afin d'avoir une prise en charge plus fluide des patients, une meilleure articulation entre les services et surtout une offre de soin centrée sur le parcours psychiatrique de la Personne âgée</li> <li>• Développer une approche de prévention du risque suicidaire de la personne âgée : 18,6 % chez les personnes de 80 ans et plus sur le département du Lot contre 12,8 % Cantal et 13,1% en Occitanie (données cumulées de 2005 à 2015)</li> </ul>
<p><b>Profil des patients</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients ayant plus de 70 ans, sachant que cette limite n'est pas une valeur absolue et peut être discutée en fonction des cas cliniques</li> <li>- Lieu de vie : département du Lot ou dans les communes limitrophes hors département</li> <li>- Pathologie psychiatrique d'apparition récente avec ou sans troubles cognitif</li> <li>- Pathologie psychiatrique ancienne associée ou non à des troubles cognitifs</li> </ul>



<b>Critères d'éligibilité</b>	<b>Critères d'exclusion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologies somatiques non bilantées/explorées nécessitant une orientation au CH général</li> <li>• Pathologie gériatrique prédominante</li> <li>• Troubles cognitifs isolés sans comorbidité psychiatrique</li> <li>• Stade terminal d'une pathologie somatique ou d'un trouble démentiel</li> <li>• Soins palliatifs</li> </ul>
<b>Durées des séjours cible</b>	- Adaptées au profil pathologique avec séjours courts en hospitalisation
<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation par le CMP en priorité dans une approche bio-psychosociale, mais une hospitalisation directe peut s'organiser après validation d'un psychiatre</li> <li>- Orientation proposée au regard du projet thérapeutique individualisé vers les différents dispositifs : unité d'hospitalisation temps plein, hôpitaux de jour, CATT, Equipe Ambulatoire de Géronto-psy (EAGP), consultations de psychiatrie, consultations mémoire, plateforme des aidants (hors inter-secteurs de gérontopsychiatrie), télé-consultation Le parcours du patient peut utiliser plusieurs de ces dispositifs</li> <li>- La dimension médico-sociale du parcours est intégrée pour toutes les personnes qui le nécessitent Dans certains cas, l'ICM peut venir en support via ses équipes EAGP ou par la télé-consultation (Pastel)</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le CMP est le pivot du dispositif (guichet unique) de la psychiatrie et de la personne âgée pour accueillir diagnostic et orienter, faire de la prévention et intervenir à domicile</li> <li>- Le médecin référent du parcours coordonne le suivi du patient dans la filière</li> </ul>

## Offre

### Offre ambulatoire :

- Consultations de psychiatrie pour personne âgée pour diagnostic, orientation, travail thérapeutique et suivi (CMP)
- EAGP avec missions identiques au CMP : évaluation spécifique sur les lieux de vie ou au CMP, accompagnement au domicile (VAD), ateliers thérapeutiques à domicile, prévention, éducation à la santé, aide aux aidants, relations de partenariat avec le médico-social notamment du domicile (SAAD, SSIAD)  
L'EAGP intervient en amont et en aval d'une hospitalisation ou d'un parcours entièrement ambulatoire
- Développement d'une offre CATTP qui maille bien le territoire avec des créneaux qui permettent d'accueillir les personnes âgées (groupes homogènes selon des critères cliniques)  
Différents types d'ateliers y sont organisés
- Développement d'une offre hôpital de jour sur l'ensemble du département (Cahors et Gourdon) avec des créneaux qui permettent d'accueillir les personnes âgées (groupes homogènes selon des critères cliniques)

### Offre d'hospitalisation :

- L'unité d'hospitalisation de psychiatrie de la personne âgée a pour mission l'évaluation bio-psychosociale, la définition d'un projet de soins individualisé (PSI) et sa mise en œuvre dans le service et après, selon l'orientation, sont proposées des prises en charge avec un mix au niveau médicamenteux et non médicamenteux. Des ateliers thérapeutiques sont proposés ainsi que des consultations avec la neuropsychologue et les infirmiers, tout comme des activités avec la psychomotricienne. Les patients sont également accompagnés dans la vie quotidienne et dans les ateliers par les aides-soignants
- L'unité cognitivo-comportementale (UCC) : cette unité accueille des patients déambulant ayant des maladies Alzheimer et apparentées compliquées de troubles du comportement rendant impossible le maintien à domicile au moins temporairement, ce qui exclut les maladies Alzheimer et apparentées sans complication psychiatrique. Elle a pour vocation à intégrer des patients avec troubles du comportement, à les évaluer, bâtir un projet thérapeutique individualisé pour améliorer et stabiliser le comportement en utilisant des techniques médicamenteuses et non médicamenteuses. Elles accompagnent les aidants ou les institutions médico-sociales pour un accueil optimal de leur proche ou résident

Dans le cadre d'une approche transversale (dispositif Vigilans et RUD, risques/ urgence/ danger), développer la prévention du risque suicidaire de la personne âgée



<p><b>Éléments d'organisation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation est construite à partir du parcours patient qui décline son projet de soins individualisé (PSI ou PTI)</li> <li>- Ce projet est intégré au DPI</li> <li>- L'équipe pluridisciplinaire qui suit la séquence de prise en charge se coordonne via des réunions de synthèse clinique hebdomadaires</li> <li>- Pour les patients chroniques et récurrents, le parcours est coordonné à partir du médecin référent et un infirmier référent du CMP</li> <li>- Pour chaque séquence d'hospitalisation, le relais est pris par le médecin de l'unité qui s'appuie sur le projet thérapeutique individualisé. En sortie, il est repris par le médecin référent du CMP</li> <li>- Collaboration avec les acteurs des soins primaires et développement des partenariats avec des MSP et des CPTS, mais aussi avec le médico-social</li> </ul>
<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- File active</li> <li>- File active de + de 70 ans</li> <li>- Entrants dans la file active</li> <li>- Part des patients avec des durées de séjours ou de suivi anormalement longues (3 mois)</li> <li>- Tenue du dossier patient selon la check-list HAS et des indicateurs suivis en interne</li> <li>- Délai d'envoi des Lettres de Liaison (LDL)</li> <li>- Questionnaires de satisfaction</li> <li>- Nombre de conventions formalisées et actives</li> <li>- Nombre de revues de convention</li> <li>- Nombre d'actions de prévention/ information/ formation</li> <li>- Nombre de télé-consultations</li> <li>- Nombre de fiches d'événements indésirables TS ou suicide</li> <li>- Suivi de l'indicateur RUD</li> <li>- Coordination du parcours sur le territoire : nombre de recours à la DAC, nombre de PPS, nombre de patients qui acceptent l'accès à leur DMP</li> </ul>



#### 4.1.11. ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL SOMATIQUE EN AMBULATOIRE

Une des grandes difficultés au niveau national et départemental, est l'accès aux soins somatiques. De plus en plus de patients n'ont pas de médecin traitant ou référent. Le volet somatique n'est pas toujours traité avec une difficulté pour accéder à un premier diagnostic.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	- <b>Organiser l'accès aux soins somatiques à des populations précarisées, plus éloignées du système de santé puis coordonner le parcours de ces patients dans une approche globale (somatique et psychiatrique) afin de sécuriser la mise en place et l'observance d'un traitement</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Mettre en place une intervention des internes hospitaliers ou de médecine générale sur les CMP - Mobiliser des médecins volontaires dans le cadre des MSP - Proposer la mise en place d'une IPA pour assurer un meilleur accès et suivi somatique en coordination avec le DAC
<b>Profil des patients</b>	- Patients sans médecin traitant - Situations de précarité - Patients avec pathologies psychiatriques chroniques
<b>Critères d'éligibilité</b>	- Patients avec de gros troubles cognitifs
<b>Durées des séjours cible</b>	- Le temps nécessaire afin que le patient accède à un suivi en routine avec le médecin traitant
<b>Éléments clés du parcours</b>	- Un accès direct à un médecin généraliste par le CMP pour ceux qui sont en ambulatoire ou en sortie d'hospitalisation Ce travail pourrait être organisé par une IPA sous la responsabilité du médecin ou d'un psychiatre
<b>Gestion du parcours</b>	- Assurée par l'IPA de l'ICM jusqu'à ce que le patient soit pris en charge par un médecin traitant

<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement d'accès au système de soins primaires et suivi jusqu'à ce que le patient soit en routine avec prise en compte des modes de transport vers le professionnel de santé dans certains cas</li> <li>• Proposer des consultations avancées dans les locaux de l'ICM (Leyme, CMP)</li> <li>• Organisation d'une consultation de médecin généraliste pour ces patients avec préparation et suivi par une IPA en s'appuyant sur les MSP de proximité (quand elles existent)</li> <li>• Cas complexes : travail de conciliation médicamenteuse avec le médecin traitant, IPA, les médecins spécialistes, pharmaciens et infirmières libéraux afin d'optimiser les prises en charge</li> <li>• Offre de télé-médecine et de télé-expertise</li> </ul>
<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail en réseau avec les médecins traitants</li> <li>- Travail en réseau avec les IDE libérales pour le suivi de l'observance pourrait être coordonné par l'IPA sous la responsabilité d'un psychiatre ou d'un médecin</li> <li>- Conventions avec des MSP et des établissements pour un accès facilité aux spécialités cardiologiques, diabétologiques, endocrinologiques</li> <li>- Localisation de l'IPA au CMP</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évolution du nombre de patients sans médecin traitant</li> </ul>



## 4.1.12. PRÉVENTION DE L'HOSPITALISATION COMPLÈTE PAR LES HÔPITAUX DE JOUR

Les pratiques de prévention de l'hospitalisation complète ont été mise en place en 2016 et développées depuis la crise COVID, en entrée directe sur l'HDJ de Figeac. Pour les patients à risque de décompensation, les entrées en urgence en HDJ sont en place.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Éviter une hospitalisation complète</li> <li>- Faciliter l'accès à des soins thérapeutiques en journée pour une efficacité plus rapide</li> <li>- Éviter la stigmatisation</li> <li>- Limiter la dé-socialisation</li> <li>- Faciliter l'alliance thérapeutique</li> <li>- Faciliter l'accès au système de santé hospitalier</li> <li>- Continuer à bénéficier du support social de l'entourage même en situation de crise</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Éviter l'embolisation des services d'hospitalisation complète
<b>Profil des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles de l'humeur pris suffisamment tôt</li> <li>- Schizophrénie avec des patients connus dans la file active mais qui se sont éloignés</li> <li>- Dépression de la personne âgée, syndrome de glissement</li> </ul>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<p><b>Critères d'exclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque suicidaire</li> <li>• Troubles du comportement</li> <li>• Dangereux</li> <li>• Étranger qui ne maîtrise pas la langue</li> <li>• Contexte de conflits avec l'entourage</li> </ul>
<b>Durées des séjours cible</b>	- Adaptées aux besoins des patients
<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler la réassurance et les entretiens d'écoute en individuel</li> <li>- Intégrer le patient à une activité en groupe, si possible</li> </ul>



<b>Gestion du parcours</b>	<p><b>Deux types de parcours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passage en HDJ sans hospitalisation complète</li> <li>• Prévenir des hospitalisation ou ré-hospitalisations complète avec des journées HDJ d'évaluation et de prise en charge à la fréquence adaptée selon le besoin du patient et notamment sur les populations cible (personnes âgées par exemple)</li> </ul>
<b>Offre</b>	- Activités thérapeutiques
<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptation de l'organisation actuelle de prise en charge en hôpital de jour pour recevoir le patient avec pour objectif une évaluation médicale et paramédicale rapide</li> <li>- Travail d'éducation thérapeutique individualisé avec le patient : compréhension de la pathologie, repérage des signes de dégradation (troubles de sommeil par exemple), gestion de la maladie, les règles d'observance, la réhabilitation psycho-sociale</li> <li>- Travail avec l'entourage du patient : compréhension de la pathologie</li> <li>- Travail sur le projet d'insertion sociale et professionnelle</li> <li>- Des visites à domicile sont développées par l'équipe infirmière du CMP dans le cadre du suivi et de la vigilance sur l'évolution du patient en vue d'éviter la ré hospitalisation</li> <li>- Développement de collaboration avec le système de soins primaires et les partenaires comme le GEM ou les espaces seniors...</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de patients en hospitalisation complète dans la file active</li> <li>- Taux d'entrées directes en HDJ dans la file active</li> </ul>



## 4.2. AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES RESSOURCES

Projets 2025/2029	Objectifs
<b>Transversalité sur certaines missions et domaines de compétences : ECT, SMT, RPS...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter l'accès à certains traitements non médicamenteux dans le département du Lot avec un accompagnement des équipes référentes du patient</li> <li>- Développer une approche cohérente de la réhabilitation et du rétablissement sur l'ensemble du territoire du Lot à fins d'inclusion</li> </ul>
<b>Développement dans les MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) de consultations de psychiatres ou de psychologues ou d'infirmiers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inscription dans une communauté médicale et paramédicale pour travailler en coordination sur le parcours du patient</li> <li>- Améliorer la relation ville - hôpital</li> <li>- Dé-stigmatiser la psychiatrie</li> <li>- Améliorer la connaissance de l'offre psychiatrique par les acteurs des soins primaires et ainsi mieux positionner la psychiatrie dans la complémentarité de la prise en charge de la santé mentale</li> </ul>
<b>Développement des soins primaires avec les psychologues libéraux du Lot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluidifier les parcours</li> <li>- Personnaliser et diversifier la prise en charge</li> <li>- Faciliter l'accès à certaines techniques reconnues et maîtrisées par certains psychologues pour la prise en charge</li> </ul>
<b>Développement de pratiques innovantes et des approches non médicamenteuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler sur des pathologies récidivantes ou résistantes, notamment anxi-dépression, mais aussi des troubles psychotiques, troubles de personnalité de type borderline (thérapie dialectique de Marsha Linehan)</li> </ul>
<b>Bonnes pratiques isolement-contention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser l'isolement en dernier recours après épuisement de toutes les stratégies thérapeutiques</li> </ul>
<b>Projet IPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduire le métier de l'IPA afin d'apporter une réponse à la raréfaction des ressources médicales notamment</li> </ul>

## 4.2.1. TRANSVERSALITÉ SUR CERTAINES MISSIONS ET DOMAINES DE COMPÉTENCES

### Plateau techniques

- Les ECT : réalisées sur Toulouse en clinique
- La stimulation transcrânienne (SMT) : réalisée sur Limoges

**Problématique : accès géographique**

### Approche RPS

- Deux équipes mobiles : une sur Cahors et une sur Leyme
- Programme Pro famille

**Problématique : accès à des ressources rares (compétences, outils).**

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter l'accès à certains traitements non médicamenteux dans le département du Lot avec un accompagnement des équipes référentes du patient</li> <li>- Développer une approche cohérente de la réhabilitation et du rétablissement sur l'ensemble du territoire du Lot à fins d'inclusion.</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<p><b>ECT</b> Organiser une offre sur l'unité d'hospitalisation de Cahors en convention avec le Centre Hospitalier de Cahors mais aussi avec celui de Figeac.</p> <p><b>SMT</b> Organiser une offre sur le département</p> <p><b>RPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer la logique de parcours de santé au niveau de l'approche RPS en structurant des parcours spécifiques intégrant la dimension médico-sociale</li> <li>- Mutualiser les programmes informatiques de remédiation cognitive sur les deux pôles avec du personnel formé</li> <li>- Mutualiser certaines ressources : neuropsychologue</li> <li>- Travailler sur la mise en place un observatoire de la réhabilitation psycho-sociale</li> </ul>
<b>Éléments clés et types parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès facilité à des plateaux techniques et à l'expertise médicale</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	<p><b>ECT et SMT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès plus rapide avec un meilleur suivi par le médecin référent, voire plus de patients concernés</li> <li>- Possibilité de créer une filière spécialisée au moins interdépartementale.</li> </ul> <p><b>RPS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une approche mutualisée sur le département : coordination de parcours</li> </ul>



<p><b>Offre</b></p>	<p><b>Plateaux techniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECT sur Cahors et/ou Figeac (au lieu de Toulouse)</li> <li>• SMT sur le département (au lieu de Limoges) mutualisée au niveau des pôles 01 et 02.</li> </ul> <p><b>RPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à un plateau technique informatique pour la remédiation cognitive</li> <li>• Retravailler les parcours RPS sur l'ensemble du département et en faciliter l'accès.</li> <li>• Développer l'offre en prévention et promotion de la santé mentale.</li> <li>• Développer un projet et une offre harmonisée pour la prise en charge RPS départementale.</li> </ul>
<p><b>Éléments d'organisation</b></p>	<p><b>Organisation ECT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatre formé aux ECT</li> <li>• Prévoir une convention avec l'équipe d'anesthésistes de l'hôpital de Cahors et/ou de Figeac avec salle d'attente, salle d'ECT, salle de réveil, un IDE formé, un anesthésiste et le matériel d'ECT</li> </ul> <p><b>Organisation SMT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatre formé aux SMT sur le département</li> <li>• Achat du matériel</li> </ul> <p><b>RPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer un pilotage, une coordination et une organisation commune au niveau du département pour les deux pôles</li> </ul>
<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'ECT réalisés</li> <li>- Nombre de patients dans la file active SMT</li> <li>- Nombre d'actions de prévention et promotion de la santé mentale</li> </ul>



## 4.2.2. DÉVELOPPEMENT DANS LES MSP DE CONSULTATIONS DE PSYCHIATRES, DE PSYCHOLOGUES OU D'INFIRMIERS

Sur le département du Lot, 13 maisons de santé pluridisciplinaires sont présentes sur Assier, Cahors, Catus, Figeac, Gramat, Labastide Murat, Lalbenque, Martel, Payrac, Prayssac, Saint-Céré, Souillac, Vayrac.

La réponse au sein de ces MSP est multidisciplinaire et permet un accès plus facile, plus rapide et moins culpabilisé des patients, notamment les adolescents, à une spécialité comme la psychiatrie. Ce projet est à articuler avec la mise en place de psychologues libéraux pour traiter les troubles psychiatriques modérés.



<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inscription dans une communauté médicale et paramédicale pour travailler en coordination sur le parcours du patient</li> <li>- Améliorer la relation ville - hôpital</li> <li>- Dé-stigmatiser la psychiatrie</li> <li>- Améliorer la connaissance de l'offre psychiatrique par les acteurs des soins primaires et ainsi mieux positionner la psychiatrie dans la complémentarité de la prise en charge de la santé mentale</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se déployer sur certaines MSP afin de pallier à l'absence de réponse dans le secteur de la psychiatrie libérale, dans la limite des moyens disponibles</li> <li>- Développer des parcours de santé intégrant le regard de la psychiatrie (systèmes de réunion, systèmes d'information) permettant le renforcement des liens avec les partenaires des soins primaires et des politiques locales de santé.</li> <li>- Développer l'innovation dans les pratiques cliniques et organisationnelles</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous publics à partir de 18 ans</li> </ul>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critères analogues à celui d'un CMP, la présence dans une MSP étant à considérer comme une antenne</li> </ul> <p><b>Critère d'exclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients présentant des conduites addictives n'ayant pas de troubles psychiatriques ou du comportement</li> </ul>
<b>Durées des séjours cibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée du suivi adaptée aux besoins induits par la pathologie</li> </ul>



<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès direct par prise de rendez-vous ou par adressage par le médecin traitant que celui-ci exerce ou non au sein de la MSP.</li> <li>- Première phase d'évaluation/diagnostic, si besoin pluridisciplinaire (en concertation avec ressources de la MSP après accord du patient).</li> <li>- Projet thérapeutique proposé et accompagné par les ressources de l'ICM ou d'autres acteurs libéraux (notamment les psychologues conventionnés par l'ARS pour un financement par l'assurance maladie)</li> <li>- Orientation proposée</li> </ul> <p><b>Parcours complexe :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une coordination</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatre en lien avec les professionnels concernés</li> </ul>
<b>Offre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation</li> </ul>
<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plages de consultations avec couverture hebdomadaire adaptée au volume d'activité</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'implantation de l'ICM dans les MSP</li> <li>- Volume de consultations par MSP et global</li> <li>- Profil des patients suivis : âge, sexe, pathologies psychiatriques, zone d'habitat</li> <li>- Taux d'hospitalisation des patients suivis</li> <li>- Nombre de patients suivis dans le cadre d'un parcours coordonné avec plusieurs intervenants</li> <li>- Nombre de patients adressés par les professionnels de la MSP</li> <li>- Nombre de patients adressés par les services de justices</li> <li>- Évolution du taux d'accès de la population à des consultations de psychologie médicale en lien avec le groupement de prévention de la santé mentale</li> </ul>

### 4.2.3. DÉVELOPPEMENT DES SOINS PRIMAIRES AVEC LES PSYCHOLOGUES LIBÉRAUX DU LOT

À ce jour, près d'une quarantaine de psychologues libéraux sont référencés auprès de l'ARS avec un numéro ADELI. Ils sont organisés en réseau (association). Certains exercent en cabinet collectif avec des techniques spécifiques (EMDR par exemple).

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluidifier les parcours</li> <li>- Personnaliser et diversifier la prise en charge</li> <li>- Faciliter l'accès à certaines techniques reconnues et maîtrisées par certains psychologues pour la prise en charge</li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Formaliser avec les psychologues libéraux ou certains d'entre eux un fonctionnement en réseau dans le cadre d'une fluidification des parcours : convention
<b>Profil des patients</b>	- Patients avec troubles psychiatriques légers ou modérés permettant une prise en charge ambulatoire à partir de l'âge de 3 ans
<b>Critères d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 ans au minimum sur la base des textes actuels</li> <li>- Pour l'accès dans le cadre du dispositif « Monpsy », respect des critères d'éligibilité et d'exclusion fixés par l'arrêté</li> </ul>
<b>Durées de la prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptée au besoin du patient et à son profil pathologique</li> <li>- Respect du dispositif financé « Monpsy »</li> </ul>
<b>Éléments clés du parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation et validation de l'orientation par un psychiatre après accord du patient</li> <li>- Établissement d'une prescription par le psychiatre pour les séances de psychologue « Monpsy »</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	- Orientation par le psychiatre vers une prise en charge libérale et ambulatoire
<b>Offre</b>	- Basée sur un recensement de l'offre sur le territoire en lien avec l'ARS et l'assurance maladie
<b>Éléments d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À définir dans le cadre des conventions</li> <li>- Prévoir un tableau des compétences disponibles (annuaire Via Psy) et des conventions établies sur le département</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de psychologues avec conventions</li> <li>- Nombre d'adressage</li> <li>- Profil des patients adressés</li> </ul>





#### 4.2.4. DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES INNOVANTES ET DES APPROCHES NON MÉDICAMENTEUSES

Actuellement, sur le Centre hospitalier Jean-Pierre, sont développés :

- L'EMDR
- L'ICV (intégration des cycles de la vie)
- La TCC dont la thérapie des schémas
- La méditation de pleine conscience
- La thérapie familiale.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	- <b>Travailler sur des pathologies récidivantes ou résistantes, notamment anxio-dépression, mais aussi des troubles psychotiques, troubles de personnalité de type borderline (thérapie dialectique de Marsha Linehan)</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une compétence en ethnopsychiatrie notamment en ambulatoire</li> <li>- Développer la pair-aidance sur des problématiques de RPS ou expérience de vie traumatique</li> <li>- Poursuivre le développement de la luminothérapie.</li> <li>- Développer les techniques hypnotiques validées</li> <li>- Développer les techniques de neurofeed-back</li> <li>- Développer l'activité physique à orientation thérapeutique</li> <li>- Former aux moins trois professionnels par techniques non médicamenteuses</li> <li>- Développer le recrutement de psychologues formées à plusieurs types d'approches</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients au long court</li> <li>- Patient avec pathologie récidivante et chimio-résistante</li> </ul>
<b>Critères d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase de stabilisation avec pas ou peu de troubles du comportement</li> </ul> <p><b>Critères d'exclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spécifications pour certaines techniques</li> <li>• Période de crise ou épisode aigu, à utiliser en</li> </ul>

<b>Durées des séjours cibles</b>	- Utilisé en hospitalisation et en ambulatoire selon les besoins des usagers en traitement adjuvant.
<b>Éléments clés du parcours</b>	- À initier en hospitalisation et à poursuivre en ambulatoire notamment en CMP sous la coordination d'un psychiatre
<b>Gestion du parcours</b>	- Psychiatre référent
<b>Offre</b>	<p>- Développer uniquement des techniques avec validation scientifique, très bon niveau de preuve et recommandations par des sociétés savantes/ OMS/ HAS.</p> <p><b>Technique Offre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EMDR : Séances individuelles ou en groupe en post immédiat</li> <li>• SMT : Passages sur plateau technique</li> <li>• ECT : Passages sur plateau technique</li> <li>• Techniques hypnotiques validées : Séances individuelles ou en petit groupe</li> <li>• Luminothérapie : Mise à disposition d'un appareil le matin</li> <li>• TCC : Séances individuelles ou en groupe</li> <li>• Activité physique : Activités de groupe</li> <li>• Neurofeed-back : Passages sur plateau technique</li> <li>• Pair aidance : Séances individuelles ou collectives, mais cela suppose de repérer et créer une base avec des personnes volontaires avec formation. S'appuyer sur les GEM.</li> </ul>
<b>Éléments d'organisation</b>	<p>- Professionnels référents sur chaque technique : minimum 2 et dans l'idéal 3</p> <p>- Plateau technique avec cahier des charges pour ECT, SMT, neuro feed back</p>
<b>Évaluation</b>	<p>- Nombre de techniques utilisées</p> <p>- Nombre d'indications</p> <p>- Nombre de patients</p> <p>- Nombre de séances</p> <p>- Évaluation du nombre de rémissions sur la base d'échelles avant / après.</p> <p>- Taux d'utilisation des techniques avec plateau technique</p> <p>- Taux de recours par des professionnels extérieurs des techniques avec plateau technique</p>

## 4.2.5. ISOLEMENT / CONTENTION

### Cadre juridique

Selon le Code de Santé Publique (Art. L. 3222-5-1.), « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre,

prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. »

### Évolutions réglementaires récentes

- **Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022** renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le Code de la santé publique, article 1
- **Circulaire du 25 mars 2022 de présentation des dispositions du décret n° 2022-419 du 23 mars 2022** modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement
- **INSTRUCTION N°DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022** relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention

Le législateur a adopté début 2022 un article de loi définissant un nouveau cadre juridique pour les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, avec contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de ces mesures à partir d'une certaine durée.

En complément du décret en Conseil d'État, l'instruction du 29 mars 2022 précise le cadre juridique désormais en vigueur concernant les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et décline les modalités d'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour les aider à respecter le nouveau cadre et à mettre en place une politique de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention.

### Volet juridico-médico-administratif

- Information au JLD par le directeur de l'ICM ou son représentant par mail à chaque isolement contention au bout de 24 heures ou 48 heures
- Saisine obligatoire du JLD faite par le directeur de l'ICM ou son représentant par mail au bout de 48 heures pour la contention et 72 heures pour l'isolement. Des saisines par le tiers ou le patient peuvent être réalisées
- Information à l'entrée du patient sur le droit à la saisine par les soignants
- Une fois la saisine effectuée, le juge rend sa décision dans maximum 72 heures et 96 heures pour l'isolement. S'il y a maintien, le cycle de saisine (3 jours) recommence systématiquement pour la contention. Par contre, pour l'isolement, un cycle de saisine (4 jours) se renouvelle une seule fois, les cycles suivants en cas de renouvellement sont de 6 jours pour la saisine et 7 jours avec la décision du juge
- Lors de chacune de ces décisions, le JLD peut maintenir ou lever la mesure. S'il y a levée, le psychiatre doit attendre 48 heures pour mettre en place une nouvelle mesure sauf circonstance particulières dûment motivées.
- Au niveau des soignants, il y a obligation d'informer les tiers reconnus par la loi sur l'avancement de la procédure du JLD à chaque étape (à chaque information du juge)
- La communication est les échanges avec le juge se feront par échange sécurisé via l'outil **officiel PLEX** (dès sa mise en œuvre opérationnelle)
- Dans certains particuliers, la procédure prévoit une rencontre en audio ou visio conférence entre le juge et le patient
- **Le logiciel CORTEXTE (DPI) prévoit des alertes pour respecter la procédure d'isolement contention**, sous réserve de saisie en temps réel des décisions initiales et des renouvellements des prescriptions d'isolement contention. Ce point est essentiel pour le bon respect de l'application de la loi.

<b>Objectifs médicaux principaux</b>	- <b>Utiliser l'isolement en dernier recours après épuisement de toutes les stratégies thérapeutiques</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être en conformité avec la loi</li> <li>- Respecter les droits des patients</li> <li>- Organiser le nouveau dispositif avec la juge des libertés du tribunal de Cahors</li> </ul>
<b>Profil des patients</b>	- Patients avec dangerosité suicidaire ou hétéro agressive, comportements instables rendant difficile la cohabitation avec les autres patients de l'unité
<b>Critères d'éligibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients en hospitalisation temps complet sous contrainte et dont l'état clinique nécessite une mesure d'isolement avec contention associée éventuellement</li> <li>- Crise suicidaire avec risque imminent de passage à l'acte</li> <li>- Impulsivité avec risque imminent de passage à l'acte hétéro ou auto agressifs</li> </ul>
<b>Durées des séjours cibles</b>	- Sur prescription
<b>Éléments clés du parcours/ prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation clinique et prescription médicale en première intention et lors des renouvellements prévus par la loi</li> <li>- Évaluation systématique par un médecin généraliste dans les 30 premières minutes et toutes les 24 heures</li> <li>- Protocole de surveillance infirmière sur la base d'une prescription (traitements médicamenteux entretiens, modalités de séjour en chambre d'isolement)</li> </ul>
<b>Gestion du parcours</b>	- Sous l'autorité du psychiatre et en application des protocoles
<b>Offre</b>	- 3 chambres d'isolement sur le service UFHC et 1 sur Elango pour la pédopsychiatrie
<b>Éléments d'organisation</b>	- Développer les analyses de pratiques professionnelles
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'isolements</li> <li>- Nombre de journées en isolement</li> <li>- Déclaration d'événements indésirables</li> <li>- Recours judiciaires par les patients ou leur entourage</li> <li>- Nombre de saisines obligatoires</li> <li>- Bonne tenue du registre d'isolement contention (obligation légale) avec un certain nombre d'indicateurs</li> </ul>

## 4.2.6. PROJET IPA (INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE)

### Cadre juridique

Décret N° 2019-835 du 12 août 2019.



### Cadre général d'intervention

#### 5 domaines d'intervention :

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly-pathologies courantes en soins infirmiers,
- Oncologie et hémato-oncologie,
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale,
- Santé mentale et psychiatrie,
- Urgences.

#### Des compétences élargies (au sens d'une délégation d'actes médicaux)

- Pour des patients porteurs de pathologies chroniques et « en aval » du médecin
- En équipe de soins coordonnée par un médecin psychiatre (ou généraliste)
- Une prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin psychiatre

- La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin
- Le parcours de soin reste coordonné par le médecin traitant

#### L'IPA :

- Apporte son expertise,
- Met en œuvre les soins selon le protocole établi,
- Participe à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes, les établissements et services sanitaires et médico-sociaux
- Est responsable de ses actes. Les patients sont orientés par le médecin, avec leur accord, et en concertation avec l'IPA.

Le dossier de soin est partagé

### Activités

#### Selon le référentiel d'activité d'une IPA :

- Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi du patient dans son domaine d'intervention
- Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention
- Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Participation à l'organisation du parcours de soin et de santé du patient
- Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
- Contribution à des études et des travaux de recherche

## L'IPA en santé mentale et psychiatrie

---

### Volet thérapeutique :

- Renouveler ou adapter la prescription médicamenteuse selon l'appréciation du médecin,
- Effectuer dans le cadre d'une procédure de soin écrite : les thymorégulateurs, les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques, les neuroleptiques conventionnels, les antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et les traitements de substitution aux opiacés
- Renouveler les autres psychotropes
- Renouveler la prescription des suivis infirmiers thérapeutiques (individuel et groupes)
- Prescrire certains examens comme bêta-HCG, dosage de médicaments...

### Volet prévention/éducation à la santé :

#### Dans le cadre du suivi du patient :

- Prévention primaire, prévention des rechutes, éducation à la santé, ETP

#### Dans le cadre d'une approche populationnelle :

- Promotion et mise en œuvre d'outils, prévention et gestion des crises en lien avec l'équipe qui suit la personne
- Conception et mise en œuvre d'outils de promotion de la santé, prévention et dépistage en psychiatrie et santé mentale, et prévention des risques psychosociaux

- Contribution au PTS, PTSM, Groupement de Prévention en Santé mentale
- Recherche de ressources, réseaux, structures nécessaires à la mise en œuvre d'actions de prévention et d'ETP,
- Animation de réunions d'information dans les milieux de vie, les lieux d'enseignement, auprès des équipes sociales, médico-sociales, des libéraux, et enfin auprès de la population générale

### Volet coordination du parcours :

- Organisation de réunions de concertation pluri-professionnelle avec les intervenants impliqués dans le parcours du patient
- Coordination des interventions des différents acteurs
- Organisation de la coordination clinique avec les différents intervenants
- Conseils et expertise auprès des équipes confrontées à des situations complexes et de crise, les limites du recours à l'isolement/ contentions, les soins sans consentement
- Repérage des situations ayant un caractère éthique et accompagnement clinique prenant en compte cette dimension (raisonnement bénéfique/ risque)

## Formation et qualification et conditions d'exercice

---

- Master : 4 semestres, 120 crédits européens
- Enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques, et stages (Semestre 2 : 2 mois, Semestre 4 : 4 mois), axe fort pour la recherche en soins infirmiers.
- Langue vivante étrangère
- Trois conditions d'exercice : avoir le DE IPA (master), avoir exercé 3 ans dans la profession infirmière, être inscrit à l'Ordre National Infirmier

## Valeur ajoutée de l'IPA au Centre hospitalier Jean-Pierre

---

- Libérer du temps psychiatre pour certaines tâches de diagnostic, de suivi et renouvellement des traitements, de coordination, de relations avec les partenaires internes et externes pour le suivi de patients simples
- Développer et renforcer l'éducation thérapeutique et la prévention en santé mentale
- En pédopsychiatrie, un travail spécifique des « incasables » ou cas complexes serait à investir
- Le suivi somatique des patients, notamment ceux qui n'ont pas de médecin traitant

<b>Objectifs médicaux généraux</b>	- <b>Introduire le métier de l'IPA afin d'apporter une réponse à la raréfaction des ressources médicales notamment</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Prévoir une montée en charge progressive des IPA sur plusieurs années - Offrir des possibilités d'évolution de carrière aux IDE à potentiel - Développer la communication sur le métier d'IPA
<b>Recrutement interne des IPA</b>	- Le recrutement est un point majeur de la montée en puissance des IPA : grille multicritères, communication auprès des candidats et des personnes retenues pour la formation et l'accompagnement pour cette évolution de carrière
<b>Accompagnement</b>	- Un accompagnement institutionnel structuré afin de mettre en place et de positionner ce nouveau métier
<b>Élément d'organisation</b>	<b>Protocole d'organisation entre le ou les IPA et le médecin pour chaque pôle dans le cadre d'une démarche institutionnelle avec positionnement transversal, protocole signé par les deux parties qui indique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le ou les domaines d'intervention concernés</li> <li>• Les pratiques de prescriptions et renouvellements de prescriptions</li> <li>• Les modalités de PEC infirmière pour les patients confiés</li> <li>• Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA</li> <li>• Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluri-professionnelle sur la PEC des patients confiés</li> <li>• Les conditions de retour du patient vers le médecin</li> <li>• La répartition des tâches et missions avec l'infirmière coordinatrice des parcours complexes et la coordinatrice du PTSM</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	- Taux de réussite au master IPA - Nombre d'IPA en place à l'ICM - Nombre de patients suivis par les IPA - Taux de fidélisation des IPA (au moins 3 ans) - Taux de protocoles d'organisation en place





# 5. Prise en charge médicamenteuse

## 5.1. SÉCURITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT (PECM)

- Désignation du responsable du système de management de la qualité de la PECM et rédaction de sa fiche de poste
- Rédaction et validation du manuel de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient par la CME
- Mise en place d'un système documentaire intégré à la gestion documentaire institutionnelle
- Animation et coordination du COMEDIMS (sous-commission de la CME) impliquant des représentants de tous les professionnels de santé acteurs de la PECM
- Identification des médicaments à risque et des patients à risque notamment des personnes âgées
- Incitation à la déclaration interne et gestion au sein de l'établissement de santé des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la PECM et mise en œuvre de CREX

## 5.2. PHARMACIE

### Ouverture de disponibilité de la PUI

La PUI est ouverte de 9 h - 12 h 45 / 13 h 45 - 17 h. En dehors des horaires d'ouverture l'accès est réservé uniquement au pharmacien, seul professionnel habilité.

En dehors de ces horaires, une salle de dotation tampon et une convention avec la pharmacie située à Leyme sont organisées. La salle de dotation

est accessible avec un système de clés et de registre. Les préparateurs assurent à distance une astreinte logistique sous la responsabilité du pharmacien, ils orientent soit vers un service qui a le produit en stock, soit vers cette salle.

À Cahors, une convention a été signée avec la pharmacie du Centre Hospitalier.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Formaliser une nouvelle demande d'autorisation de la PIU</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Élaborer la demande d'autorisation - Transmettre à l'ARS
<b>Évaluation</b>	- Autorisation notifiée officiellement

### Analyse pharmaceutique de la prescription médicale (cohérence et pertinence des prescriptions, redondances, posologies, interactions et effets indésirables potentiels)

Le pharmacien et le médecin en charge de la pharmacovigilance assurent en interne l'analyse.





### Préparation des doses à administrer

- Délivrance individuelle nominative complète dans les services de HJA, AT et développement à venir sur les services de « long séjour »
- Dans les autres unités ou services : délivrance individuelle nominative pour certains médicaments (neuroleptiques injectables, facteurs de croissance, Stupéfiants) ; délivrance sous forme de dotation

(en système plein/vide) après analyse pharmaceutique pour les autres médicaments. La dotation est revue (qualitativement et quantitativement) aussi souvent que nécessaire en fonction des prescriptions.

### Transport jusqu'aux services de soins

#### **Le transport de médicaments entre la PUI et les unités fonctionnelles :**

- Respecte le maintien des températures pour les produits thermosensibles,
- Garantit la sécurité (caisses de transport scellées),
- Est assuré quotidiennement afin de répondre aux besoins des unités.

Une fiche trace l'organisation de la réception et identifie le responsable du transport des médicaments de la pharmacie aux secteurs.

Elle est conservée à la PUI pendant 3 mois afin de répondre à toute réclamation. Pour les besoins urgents, un professionnel du service demandeur se déplace à la pharmacie.

Vigilance particulière pour le transport des stupéfiants : sécurisation du transport des stupéfiants en intra en mettant à disposition des caisses de transport de couleur bleu et scellées à usage unique.

## Détention et stockage dans les unités de soins

L'étiquetage des contenants (boîtes plastiques) reprend la réglementation : filet de couleur, nom, DCI, dosage, n° de Lot, date de péremption, une forme par casier.

Le rangement se fait en DCI. Le choix des équipements de stockage est adapté au médicament et ceux-ci ferment à clé.

Un contrôle du stockage dans les unités et des dotations est organisé par l'équipe de la PUI. Un rapport est envoyé au cadre du service.

Les médicaments non utilisés sont récupérés afin de permettre un recyclage des produits (utilisation dans d'autres services ou destruction selon le cas)

## Éducation thérapeutique

**La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament qu'il convient de trouver dans le livret thérapeutique porte notamment sur :**

- Les conditions de conservation des médicaments,
- Les durées d'ouverture des conditionnements multiples,

- La possibilité d'ouvrir les gélules et de broyer les comprimés,
- Les correspondances DC - Spécialités sont notées sur les contenants,
- Les cahiers de surveillance spécifiques (Clozapine) sont visés par le pharmacien et mention en est faite sur l'ordonnance papier archivée à la PUI.

## Administration des traitements / Information patient

**Cette étape repose sur :**

- La prise de connaissance de la prescription médicale,
- La planification des actes d'administration des médicaments (plan d'administration),
- La préparation de l'administration des médicaments,

- L'acte d'administration proprement dit,
- L'enregistrement de l'acte d'administration dans le DPI,
- L'information du patient,
- La surveillance thérapeutique du patient.

<b>Objectifs généraux</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Généraliser la validation systématique, en temps réel et au plus proche du patient, de l'administration du traitement</b></li><li>- <b>Généraliser la dispensation nominative à l'ensemble des services de l'établissement</b></li></ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Déployer dans chaque service un wifi sécurisé et du matériel informatique nomade</li><li>- Sensibiliser et former régulièrement les professionnels en charge de l'administration du traitement</li><li>- Interfacer le logiciel DPI CORTEXTE avec le logiciel Pharma</li></ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- % de services équipés par année : matériel mis en place et opérationnel</li><li>- Nombre de personnes formées</li></ul>

## Effizienz de la prise en charge du patient

### L'effizienz de la prise en charge médicamenteuse des patients s'appuie sur :

- La politique d'achat des produits de santé (Groupement d'achat CACIC),
- Le suivi et l'analyse des consommations des médicaments

## Vigilances sanitaires

Les vigilances sanitaires obligatoires (pharmaco vigilance, matériovigilance, hémovigilance) sont coordonnées et le référent (Pharmacien).

Dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse, elles concernent plus spécifiquement la pharmaco-vigilance.

## Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé

Il s'agit d'améliorer les pratiques de prescription de certaines classes médicamenteuses (neuroleptiques chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, AVK, diurétiques...) et de sensibiliser les prescripteurs à la réévaluation des prescriptions.

Un document de juste prescription chez la personne âgée a été mise en place.

## Bon usage des anti-infectieux

### Il s'agit d'améliorer la prise en charge des patients et de prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques.

- Le référent, compétent en antibiothérapie, est désigné par le représentant légal de l'établissement, en concertation avec le président de la CME, avec un temps d'activité identifié (praticien hygiéniste)

- Les consommations des antibiotiques sont suivies.
- Une procédure d'alerte pour réévaluation de l'antibiothérapie à 48h/72h est à l'étude. Toute prescription d'antibiothérapie de plus de 7 jours devrait être argumentée dans le dossier patient.
- Un protocole sur l'antibiothérapie de première intention des principaux sites d'infections a été rédigé.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Assurer la traçabilité de la réévaluation des traitements anti infectieux</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Sensibiliser l'ensemble des praticiens
<b>Évaluation</b>	- Amélioration du taux de traçabilité effective - Amélioration du taux de traçabilité des réévaluations - Nombre de praticiens formés



### Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES)

Créé par l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, est un contrat qui lie l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé.

Il a pour objectif l'amélioration des pratiques, la régulation de l'offre de soins et l'efficiencia des dépenses assurance maladie. Le contrat a pris effet le 1er janvier 2018. Des cibles et un plan d'actions ont été formalisés par établissement.

### Intégration automatique des résultats de biologie dans le dossier informatisé de l'utilisateur

Le logiciel Cortexte est interfacé avec le Laboratoire de Saint-Céré, ce qui permet cette automatisation pour le site de Leyme.

Pour les services qui ne disposent pas de cet interfaçage, des manipulations humaines s'assurent de la présence systématique des résultats de laboratoire dans le dossier patient.

<b>Objectifs généraux</b>	- Généraliser l'intégration directe des résultats d'analyses biologiques dans le dossier patient informatisé
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Travailler avec les laboratoires pour mettre en place l'interfaçage
<b>Évaluation</b>	- Taux d'exhaustivité du transfert

# 6. Politique des droits des patients et des relations avec les usagers

## 6.1. RESPECT ET PROMOTION DES DROITS DES PATIENTS

- **Loi du 4 mars 2002** sur les droits des malades et la qualité du système de santé
- **La loi du 5 juillet 2011** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques
- **Loi du 27 septembre 2013** qui en a modifié certains aspects.

Le principal droit en psychiatrie est celui du respect de la confidentialité de l'identité du patient, outre les droits individuels qui se déclinent sous 6 grandes thématiques :

### Droit à l'accès aux soins et au choix du médecin

- Le droit à la protection de sa santé : garantie de l'égal accès de chacun aux soins nécessités par son état de santé, toute discrimination étant proscrite ;
- Le droit de bénéficier des soins les plus appropriés et des thérapeutiques les plus efficaces et garantissant sa sécurité sanitaire ;
- Le droit au choix du médecin ou de l'établissement de santé ;
- Le droit à la continuité des soins.





### **Droit à participer à la décision médicale ou consentement aux soins**

- Le droit à participer activement aux décisions médicales qui le concernent ou décision médicale partagée ;
- Le droit de refuser un traitement ou un acte médical ;
- Le droit de quitter l'établissement à tout moment.

### **Droit à l'information**

- Le droit à l'information sur son état de santé, comme au respect de sa volonté de ne pas être informée sur son état de santé ;
- Le droit à une information de qualité : elle doit être accessible et loyale ;
- Le droit à l'accès direct à son dossier médical ;
- Le droit à être informé, à sa demande, sur les frais auxquels elle est exposée ; de même à la sortie de l'établissement sur les parts prises en charge par l'assurance maladie, la complémentaire santé et l'éventuel reste à charge ;
- Le droit à être informé sur ses conditions de séjour dans l'établissement de santé par le livret d'accueil ;
- Le droit à être informé sur les qualification du professionnel de santé le prenant en charge ;
- Le droit à la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique.

### **Droit au respect de la personne soignée**

- Le droit au respect sa dignité ;
- Le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations ;
- Le droit au respect de son intimité ;
- Le droit au respect de ses croyances et de ses convictions ;
- Le droit d'être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte lors d'une hospitalisation.

### **Prise en charge de la douleur, soins palliatifs et fin de vie**

- Le droit de désigner une personne de confiance ;
- Le droit de rédiger des directives anticipées qui s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf ;
- En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation ;
- Lorsqu'elles apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ;
- Le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager la souffrance ;
- Le droit à ne pas recevoir de soins lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable ;
- Le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ;
- Le droit aux soins palliatifs et à un accompagnement par exemple par des associations de bénévoles ;
- Dans certaines situations, et à la demande du patient, le droit à bénéficier d'une sédation profonde.



### Plainte, contentieux et indemnisation

- Le droit à être entendu par un responsable de l'établissement ;
- Le droit de recourir au sein de l'établissement :
  - Aux représentants des usagers de l'établissement ;
  - À la Commission des usagers ou CDU ;
  - Aux médiateurs, médical ou non-médical selon la plainte, de l'établissement ;
- Le droit à demander réparation amiable ou contentieuse d'un préjudice subi devant la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) ;
- Le droit de faire connaître sa situation à la défenseure des droits ;
- Le droit d'agir en justice.

<b>Objectifs généraux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Impliquer l'ensemble des acteurs du Centre hospitalier Jean-Pierre en terme de respect et de promotion des droits des usagers</b></li> <li>- <b>Améliorer l'accès des patients à l'information sur leurs droits</b></li> </ul>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser et former régulièrement les professionnels notamment les nouveaux arrivants</li> <li>- Intégrer et organiser la participation des représentants des usagers et des familles dans le Cercle éthique ICM</li> <li>- Mettre en place avec le Tribunal de Grande Instance et le Barreau des permanences d'avocats sur le site de Leyme : cf « Point Justice »</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de personnels réellement formés</li> <li>- Participation au cercle éthique</li> <li>- Nombre de permanences et participation</li> </ul>

## 6.2. COMMISSION DES USAGERS

La CDU, d'abord dénommée « Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge », existe depuis la Loi Kouchner sur les droits des malades de 2002.

Les représentants des associations d'usagers ou de familles d'usagers sont nommés par l'ARS, à partir de la liste des associations agréées dans le département, et renouvelés régulièrement.

À la CDU du Centre hospitalier Jean-Pierre, c'est l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) et l'UDAF46 qui représentent les usagers et les familles. Sont également invités des représentants des GEM (groupes d'entraide mutuelle, dont l'UNFAM, association de familles d'usagers de la psychiatrie, est l'association marraine.

Le Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret a déjà organisé (avant la période COVID) à trois reprises un événement dans le cadre de la journée annuelle européenne des patients en présence des représentants de la CDU. La journée était ouverte à tous les usagers ainsi qu'aux professionnels. Il y avait des vidéos sur des sujets relatifs à la CDU, de la documentation, des dessins exposés à la cafétéria des patients. Les services devaient travailler avec les usagers sur des thématiques comme, par exemple : s'exprimer sur les droits, ouvrir la parole des patients...

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Promouvoir la place de la CDU ainsi que la maison des usagers au sein du Centre hospitalier Jean-Pierre, la développer en termes de participation des usagers et de prise en compte de leurs besoins et attentes</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Développer le lien avec les associations d'usagers présentes sur le département</li><li>- Informer les usagers afin de favoriser leur participation et leur intégration</li><li>- Identifier une personne ressource sur le Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret</li></ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conventions avec associations</li><li>- Actions communes</li><li>- Présence des usagers lors des réunions</li></ul>

## 6.3. MAISON DES USAGERS

Il existe une maison des usagers sur le site de Leyme, avec des permanences d'associations d'usagers et/ou familles (notamment UNAFAM Lot) qui fonctionne sur rendez-vous.

## 6.4. TRAITEMENT DES PLAINTES ET DEMANDES DE DOSSIERS MÉDICAUX

Concernant le traitement des plaintes ou les demandes de dossier médical, l'établissement a mis en place des procédures pour répondre aux obligations légales et apporter une réponse à chaque demande.

Un compte rendu est réalisé en CDU.

## 6.5. RECUEIL DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

Un questionnaire de sortie est remis à chaque patient avec un faible retour au vu des pathologies présentées.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Investiguer de manière proactive les besoins et attentes des patients et de leurs familles</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recueillir, traiter et mettre en œuvre les attentes dans la limite des moyens dévolus au Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret</li><li>- Améliorer le taux de retour du questionnaire de sortie</li><li>- Organiser des enquêtes de satisfaction récurrentes auprès des usagers</li><li>- Organiser des enquêtes ciblées en fonction des modalités d'hospitalisation</li></ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Taux de réponse</li><li>- Récurrence des enquêtes</li></ul>

## 6.6. INFORMATION ET SENSIBILISATION

Il s'agit là d'un point sensible pour les familles qui vivent souvent de façon dramatique l'hospitalisation de leur proche en psychiatrie, d'autant que certains patients nient la nécessité d'une hospitalisation ou simplement d'une prise en charge.

L'entrée et la sortie d'hospitalisation sont des moments particulièrement délicats. Des protocoles d'entrée en hospitalisation existent au sein du Centre hospitalier Jean-Pierre comme au sein de tout établissement de santé tout comme des protocoles de sortie.

Petit rappel : les personnes majeures ont le droit de ne pas informer leur entourage familial sur leur état de santé et leur prise en charge. De même, des parents peuvent vouloir une hospitalisation en urgence pour leur proche, mais le droit ne donne pas nécessairement la faculté d'y répondre, sauf s'il y a risque avéré pour la personne ou pour autrui, apprécié médicalement.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Impulser des actions d'information et de dé-stigmatisation de la psychiatrie</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Organiser des événements dans le cadre de la semaine d'information sur la santé mentale : SISM</li><li>- Organiser des conférences sur les différents bassins du Lot</li><li>- Participer aux journées nationales du patrimoine et ouvrir le site de Leyme au public</li></ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Actions menées lors des SISM</li><li>- Nombre de conférences ou d'informations</li><li>- Opérations de communication</li></ul>



## 6.7. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET PAIR-AIDANCE

L'éducation thérapeutique des patients et de leurs familles fait pleinement partie des missions de la psychiatrie. Le Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret pratique principalement l'éducation thérapeutique à travers le dispositif « Profamille » localisé à Cahors, qui draine des personnes de tout le département, patients et familles. Il s'agit de l'éducation thérapeutique à destination des familles. L'UNAFAM y intervient également. Les familles écoutent, mais peuvent aussi échanger sur leur expérience, sur ce que la prise en charge psychiatrique a pu leur apporter. « Profamille » est la déclinaison départementale d'un dispositif national reconnu par l'ARS, déjà bien éprouvé, ayant initialement été testé au Québec. Il comporte également des groupes des réguliers de patients schizophrènes.

Une réflexion est en cours afin d'intégrer la pair-aidance dans le programme « Profamille ». L'éducation thérapeutique est effectivement plus efficace si elle inclut un pair-aidant (une personne ayant traversé des problématiques de santé mentale, ayant mis en place un processus de rétablissement et étant alors en capacité d'apporter ses savoirs expérimentiels).

Au préalable, des prérequis indispensables sont à mettre en place : une véritable formation de ces pairs aidants, mais aussi des professionnels amenés à collaborer avec eux dans ces actions d'éducation thérapeutique et de réhabilitation sociale.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Intégrer et développer la pair-aidance à l'ICM</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer la dimension de pair aidance au sein de l'Institut Camille Miret, du Centre hospitalier Jean-Pierre Falret et dans le programme « Profamille »</li> <li>- Identifier un soignant référent</li> <li>- Mettre en place des formations et des partenariats pour les personnes pairs aidants</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de pair-aidant présent dans le programme « Profamille »</li> <li>- Nombre de formations</li> </ul>

# 7 Politique qualité et gestion des risques



## 7.1. CULTURE QUALITÉ ET SÉCURITÉ

### Outils fondamentaux d'un système de management de la qualité

- **Audits internes**

Des auditeurs internes sont formés et identifiés parmi les professionnels du CH Jean-Pierre Falret dans le cadre des audits règlementaires, de dossiers patients, de processus en lien avec la certification, les réserves ou recommandations d'amélioration.

- **Base documentaire**

Il s'agit d'une base commune au sanitaire et au médico-social, dans la mesure où tous les professionnels peuvent y avoir accès.

- **COPIL Qualité**

Le Comité de Pilotage Qualité pilote la démarche Qualité Gestion des Risques suivant les axes définis dans la Politique Qualité de l'établissement.

Le COPIL Qualité est transversal à l'établissement ; il est le garant de la mise en œuvre de la politique qualité gestion des risques. Il définit les priorités annuelles et veille à l'atteinte des objectifs. Il valide et contrôle le programme des groupes de travail. Il passe en revue le fonctionnement du système qualité de l'établissement. Il veille à l'adéquation continue entre les besoins de l'établissement et l'organisation de son système qualité.

- **Compte qualité**

Il intègre les indicateurs prescrits par la HAS.

<b>Objectifs généraux</b>	- <b>Intégrer les contraintes liées à la réforme de la tarification et aux obligations en termes de certification</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- S'approprier les indicateurs qualité liée au « compartiment » qualité de la réforme de la tarification - Les intégrer aux tableaux de bord des indicateurs du dialogue de gestion - Assurer la traçabilité et le suivi
<b>Évaluation</b>	<b>Indicateurs intégrés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au compte qualité</li> <li>• Aux tableaux de bord des dialogues de gestion</li> <li>• Au Plan d'action qualité</li> </ul>

## Culture qualité et sécurité partagée

La culture repose sur un « Ensemble de valeurs et de normes partagées, acquises et évolutives, qui caractérisent les membres d'une communauté ou d'une organisation ».

Ces notions s'inscrivent en profondeur au niveau individuel et collectif incluant l'ensemble des professionnels. Le développement de la culture

qualité s'inscrit aussi dans une vision à moyen et long terme avec la mise en place de valeurs, normes, instances propres à chaque établissement. C'est un enjeu stratégique et son impact est déterminant sur la prise en charge des patients et les pratiques des professionnels.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Diffuser et faire vivre sur le terrain la culture qualité, en développant les démarches volontaires plus attractives pour les professionnels de terrain</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<b>S'approprier les nouvelles méthodes HAS :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Patients traceurs</li><li>• EPP ciblées sur des thèmes volontaires</li><li>• Entretiens ciblés</li></ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre d'audits internes</li><li>- Nombre d'analyses patient traceur</li><li>- Nombre d'EPP</li><li>- Nombre d'entretiens</li><li>- Nombre de professionnels intégrés dans chacune de ces démarches</li></ul>

## Veille réglementaire

La responsable qualité s'adosse au CCECQA (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité) et autres réseaux qualité/GDR pour la veille réglementaire.





## 7.2. DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOUT AU LONG DE SON PARCOURS DE SOINS

### Garantir la sécurité des soins et développer la gestion des risques

- **Déclaration et la gestion des évènements indésirables (EI ou EIG)**

La déclaration se fait par le biais du portail intranet. Lorsqu'un professionnel déclare un évènement indésirable, la fiche d'EI ou EIG est envoyée au N+1 et N+2, ainsi qu'à la responsable qualité. En fonction du type d'EI, celle-ci fait un retour aux professionnels sur la suite donnée, via le cadre, avec une réponse précise. Tous les mois, un suivi des EI est réalisé avec réponses complémentaires, si nécessaire.

- **Plans de gestion de crise et cellule de crise**

Ils sont mis à jour régulièrement : plan blanc, plan canicule, plan Vigipirate, plan de retour d'activité (PRA) en lien avec l'informatique.

- **DUERP**

Il est élaboré et mis à jour régulièrement en lien avec la médecine du travail et le CSSCT.

### Optimiser le positionnement du patient dans son parcours de soins en garantissant le respect de ses droits

Les chartes sont intégrées au livret d'accueil remis à chaque patient et affichées dans les services au niveau des salles communes ou des salles d'attente.

Différentes chartes sont aussi disponibles sur la base documentaire pour les professionnels.

## Améliorer la qualité de la prise en charge du patient

### • Prise en charge de la douleur

Référent douleur, protocoles, CLUD sont mis en place. Évaluations systématiques à l'entrée de chaque patient sous forme d'échelles spécifiques aux différents publics pris en charge : enfants, adolescents, adultes, personnes âgées.

### • Nutrition

Diététiciennes, protocoles, CLAN sont mis en place. Une vigilance particulière est portée au niveau des personnes âgées par le biais de soignants formés, d'un suivi régulier des textures et des risques de fausse route.

### • Gestion du risque infectieux

Equipe opérationnelle hygiène, correspond hygiène dans chaque service, CLIN sont mis en place. Il s'agit, entre autre, d'assurer la traçabilité de la réévaluation des traitements anti-infectieux.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>Redynamiser les enquêtes de satisfaction sur les différentes thématiques qualité de la prise en charge du patients</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Mettre en place des enquêtes de satisfaction à échéances régulières, touchant une proportion significative des patients suivis (dans les différentes formes d'hospitalisation et de suivi)
<b>Évaluation</b>	- Nombre d'enquêtes mises en place - Nombre de patients touchés - % par rapport aux personnes ayant été hospitalisées ou suivies



## 7.3. DÉMARCHE D'ANALYSE ET D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

### Poursuivre l'amélioration des pratiques au travers de différentes évaluations

#### • EPP (évaluation des pratiques professionnelles)

Action d'évaluation, d'analyse et d'amélioration des pratiques des professionnels de santé.

L'objectif est d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients. Cette démarche est en adéquation avec l'affirmation des droits des patients dans la loi de mars 2004. Le but est d'œuvrer en faveur de la santé publique et d'offrir un service visant la qualité, la sécurité, la prévention, l'efficacité et l'efficience des soins.

Pour les professionnels de santé, l'EPP permet de suivre les évolutions médicales, scientifiques, législatives et réglementaires. Elle aide également à identifier les améliorations possibles dans les pratiques et à trouver les moyens de mettre en œuvre des changements bénéfiques.

La commission EPP est inscrite au sein du COPIL Qualité pour effectuer les choix stratégiques quant aux EPP à réaliser.

#### • Indicateurs IQSS

La HAS développe et valide des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en lien avec les professionnels de santé, les patients et les usagers. Ils sont mis à disposition des professionnels de santé pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé.

Ils sont utilisés dans la procédure de certification des établissements de santé, et peuvent l'être pour la diffusion publique et pour la régulation par la qualité.

#### • Patient traceur

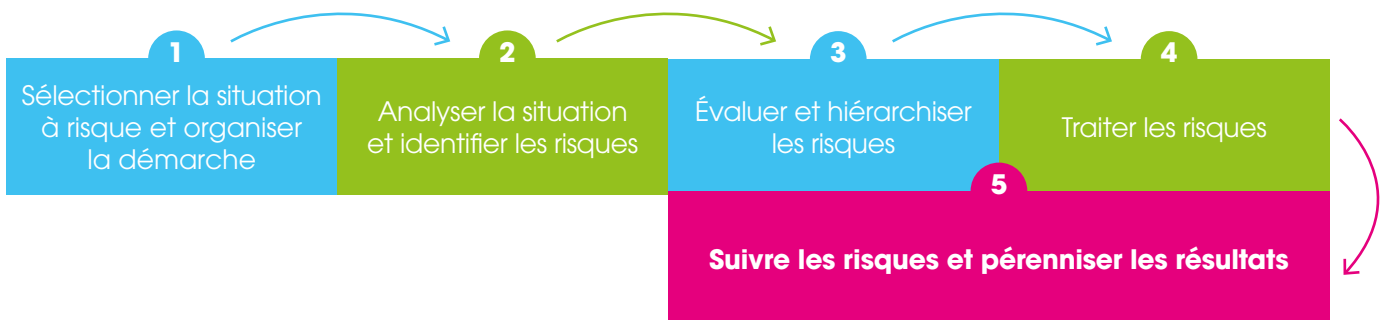
Le patient traceur est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui permet d'analyser collectivement et a posteriori le parcours d'un patient.

Elle vise à analyser la prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluri-professionnelle de patients en comparant la pratique réelle aux pratiques de référence (réglementation, manuel de certification pour les établissements de santé, référentiels de bonnes pratiques, référentiels spécifiques à l'équipe, etc.). Elle prend en compte les perceptions du patient et de ses proches et les croise avec l'analyse de la prise en charge par les professionnels pour évaluer notamment les organisations, les interfaces entre secteurs et la coordination entre professionnels.

Elle implique la participation d'une équipe de soins définie à l'article L. 1110-12 du CSP, composée des différents professionnels qui contribuent à la prise en charge du patient.

En établissement de santé, l'analyse porte sur l'hospitalisation du patient, de l'entrée à la sortie (parcours intra-hospitalier incluant les interfaces ville-hôpital).

### PATIENT TRACEUR



<b>Objectifs généraux</b>	- <b>S'approprier le nouveau référentiel et les nouveaux outils de certification de la HAS</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	- Nouvelles approches : patient traceur, parcours de soins de patients, entretiens - Nouvelle plateforme HAS en ligne - Formation de la responsable qualité - Former le corps médical, l'encadrement et les professionnels
<b>Évaluation</b>	- Nombre de professionnels formés

### Assurer le pilotage de la démarche de certification

#### • **Compte qualité**

L'établissement traduit au travers du Compte Qualité l'analyse de ses risques, le dispositif établi pour les maîtriser et les résultats atteints et peut expliquer les

priorités d'action qu'il a identifiées et ses engagements dans l'amélioration continue des sujets retenus.



# 8 Politique de management et de gestion

La politique de management et de gestion est définie au niveau de l'Institut Camille Miret par le Bureau de l'Association, est mise en œuvre par la Direction Générale et se décline au sein de chaque établissement comme au sein du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret.

Le CH Jean-Pierre Falret est un établissement de santé psychiatrique exerçant son activité sur l'ensemble du département du Lot. Pour ce faire, deux pôles de gestion cliniques, nord et sud, assurent le management et la gestion des activités.



## 8.1. GESTION PAR PÔLES

La politique des deux pôles est mise en œuvre dans les contrats de pôles sous forme d'objectifs et de moyens au travers des bureaux et conseils de pôles.

Des directions de pôle ont été mises en place avec un Médecin Chef de Pôle, un cadre supérieur de santé, un Cadre médico-administratif et une Secrétaire de pôle.

Cette gestion permet aux pôles de manager leur activité au plus près du terrain avec l'appui de tableaux de bord recensant des indicateurs actualisés trimestriellement sur l'activité médicale et soignante, les aspects budgétaires et financiers, l'organisation, la qualité/gestion des risques.

Des dialogues de gestion ont aussi été mis en place avec les responsables de pôle et les fonctions support du sanitaire avec l'objectif de responsabiliser les pôles en termes d'objectifs et de moyens.

Cette organisation en pôle de gestion clinique est à articuler avec la notion de parcours notamment avec le médico-social ICM.

Au sein de chaque pôle, un médecin référent de parcours a pour mission de travailler sur le parcours transversal du patient au sein du pôle :

- Pédo-psychiatrie
- Adultes
- Personnes âgées
- Réhabilitation psychosociale
- Parcours somatique

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Gestion par pôle : analyser le périmètre</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un premier bilan formel de la mise en place des deux pôles de gestion</li> <li>- Au regard de ces analyses, requestionner les attributions, le rôle, les missions des différents acteurs</li> <li>- Redéfinir les niveaux de délégation, le niveau d'autonomie des pôles</li> <li>- Repréciser les rôles des membres du trio de pôle : médecin chef de pôle, cadre supérieur de santé et cadre médico-administratif</li> <li>- Redéfinir tous les niveaux si besoin en fonction des nouvelles orientations : unité, pôle, niveau transversal</li> <li>- Revoir le rôle et le fonctionnement du conseil de pôle</li> <li>- Revoir le binôme médecin /cadre sur les unités</li> <li>- Requestionner le dialogue de gestion, sa préparation, ses objectifs</li> <li>- Définir le rôle du médecin référent de parcours</li> <li>- Intégrer le rôle du DIM et de son équipe (TIM) dans l'animation et la préparation des dialogues de gestion</li> <li>- Renouveler les contrats de pôle chaque année, en intégrant ces différents niveaux (pôle, unité, parcours) et ces éléments redéfinis</li> <li>- Accompagner ces différents acteurs en formation dans le cadre de ces évolutions, notamment les cadres administratifs</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de synthèse points forts/points à améliorer</li> <li>- Fiches de délégation mises à jour</li> <li>- Nouveaux outils de dialogues de gestion</li> <li>- Nombre de personnes formées</li> </ul>





## 8.2. POLITIQUE MICRO-ÉCONOMIQUE : DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE

Le médecin DIM s'assure que les données du PMSI sont en conformité avec les exigences légales et sont transmises dans les temps impartis.

La réforme de la tarification met en avant la gestion de l'activité de tous les professionnels du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret avec la mise en place des différents compartiments.

La mission du service DIM devrait s'élargir vers une proximité avec les unités et les pôles, pour aider les médecins et les soignants à mieux coder et à mieux comprendre les enjeux de ce codage, notamment dans la perspective du futur modèle de tarification.

Objectifs généraux	- Développer la culture médico-économique avec le DIM
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place un groupe de travail sur la réforme de la tarification</li> <li>- Définir les nouveaux indicateurs et les modalités du dialogue de gestion</li> <li>- Informer et former l'ensemble des professionnels du CH</li> </ul> Intégrer une dimension stratégique au niveau du DIM : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer le médecin DIM au conseil stratégique</li> <li>• Appui technique accru au niveau du terrain</li> <li>• Alerter en direct les unités dans lesquelles le codage est imparfait</li> <li>• Mobiliser l'équipe DIM et TIM, pour jouer un rôle de sensibilisation et d'accompagnement</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner ces évolutions en mettant en œuvre un plan de formation ciblé sur ces nouvelles compétences</li> </ul>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supports de communication diffusés</li> <li>- Rapport annuel d'activité du DIM : actions de formation, appui unités, évolution de la codification</li> <li>- Nombre de personnes formées</li> </ul>



# 9 Politique RH du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret

Le contexte actuel de tension en effectifs et de pénurie de recrutement dans le domaine du soin au sens large questionne le management de la politique sociale institutionnelle et plus particulièrement celle du CH Jean-Pierre Falret qui représente plus de 50 % de l'effectif global de l'Institut Camille Miret.



## 9.1. RECRUTEMENT ET FIDÉLISATION DES PROFESSIONNELS

Il s'agit de répondre aux besoins liés aux départs naturels (démissions, retraites...) mais aussi de prendre en compte l'enclavement territorial de l'établissement pour le site de Leyme où se concentre l'activité d'hospitalisation, la ruralité du département du Lot ainsi que la pénurie de candidats au niveau des établissements de santé.

Des leviers sont toutefois mis en place en terme d'attractivité :

- Accueil privilégié des stagiaires (journée d'échanges) et des nouveaux professionnels (tutorat, journée du nouvel arrivant),
- Pérennisation de la Bourse d'études pour les étudiants infirmiers,
- Accroissement de la politique de recrutement sur différents supports en fonction des profils recherchés : réseaux sociaux, site internet, site spécialisé, cabinet de recrutement, intervention dans les IFSI, participation aux salons emplois...
- Attractivité de l'Institut Camille Miret et donc des établissements qui lui sont rattachés : qualité du cadre de vie professionnel et extra professionnel, qualité de l'accueil, diversité des métiers, valeurs partagées, projets innovants, accords locaux...
- Mise à disposition de logements sur le site de Leyme pour les stagiaires, les CDD ou les CDI dans l'attente de leur installation.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Recruter et fidéliser le personnel particulièrement dans les métiers en tension</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la communication externe rendant plus visible l'établissement sur le territoire : réseaux sociaux, site internet, salons TAF, conférences...</li> <li>- Participer à des colloques et journées thématiques</li> <li>- Conduire des actions auprès des IFSI pour communiquer sur le métier d'IDE en psychiatrie et santé mentale</li> <li>- Recruter un alternant en communication pour réaliser des interviews métiers et des présentations d'unité</li> <li>- Maintenir la capacité d'hébergement sur le site de Leyme voire la développer sur les autres bassins de vie</li> <li>- Travailler un partenariat avec OH MY Lot pour les recrutements des professionnels et de leurs conjoints</li> <li>- Valoriser les activités innovantes proposées aux patients : équithérapie, EMDR, TCC...</li> <li>- Maintenir l'accueil de stagiaires, développer les contrats de professionnalisation ou en alternance</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recensement des actions et du nombre de participants</li> <li>- Analyse des candidatures</li> <li>- Impact du logement sur les recrutements</li> <li>- Nombre de connexions via les réseaux sociaux</li> <li>- Nombre de stagiaires</li> <li>- Nombre de contrats en alternance</li> <li>- % débouchant sur un recrutement</li> </ul>



## 9.2. FORMATION

L'établissement mène une politique volontariste en matière de formation qui va au-delà des obligations légales.

En effet, l'ensemble des demandes de formation formulées lors des entretiens annuels sont analysées pour établir le plan de formation sous forme de formations collectives sur des thèmes fréquemment demandés ou de formations individuelles, lorsque le budget le permet.

Les professionnels peuvent aussi participer à des congrès ou des colloques sur différents sujets.

Certains salariés mobilisent leur CPF sur des formations à leur initiative n'entrant pas dans le plan de formation.

Un accent est aussi porté aux formations qualifiantes (infirmières, aides-soignantes, AES, cadre de santé, IPA...) ou les contrats de professionnalisation ou encore l'alternance pour la filière plus administrative.

**Au vu des compétences disponibles en interne, certains thèmes de formation sont disponibles annuellement :**

- Consolidation des savoirs pour les nouveaux professionnels soignants,
- Gestion de la violence (OMEGA),
- Prise en charge de la douleur,
- Gestion du dossier patient informatisé,
- Geste premiers secours,
- Formation incendie.

**Des thèmes plus transversaux pourraient aussi être proposés en interne :**

- Évolution des prises en charge/prises en soin,
- Agent technique en psychiatrie,
- Sensibilisation aux grandes pathologies mentales,
- Bienveillance/bien-traitance...

Dans le domaine de la recherche, l'ICM est membre fondateur et adhérent à la FERREPSY (fédération régionale de recherche en psychiatrie) et soutient la participation des professionnels du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret aux actions de recherche et de formation organisées.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Poursuivre la dynamique de formation continue</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Poursuivre et développer les formations collectives animées par des formateurs internes</li><li>- Poursuivre et développer les formations qualifiantes, voire diplômantes en fonction des besoins identifiés et des possibilités budgétaires</li><li>- Développer et favoriser selon les thématiques les formations en e-learning</li><li>- Favoriser les actions de recherches et la participation aux formations organisées par la FERREPSY</li></ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de salariés concernés par chacune des thématiques</li></ul>

## 9.3. GESTION DES EMPLOIS ET DES PARCOURS PROFESSIONNELS

La GEPP permet d'établir une photographie des ressources humaines disponibles (emplois, âge et qualification des salariés, personnes détentrices de compétences clés) afin d'anticiper les besoins futurs de l'établissement et mettre en place les actions nécessaires corrélées aux besoins de l'établissement (formations, mobilités, recrutements...).

Elle permet aux salariés une meilleure prise en compte de leur parcours professionnel en bénéficiant :

- D'une formation continue régulière pour développer et renforcer leurs compétences ;
- D'un suivi et d'une progression de leur carrière ;
- D'évolutions professionnelles en interne adaptées à leurs capacités professionnelles.

**Intérêts de la GEPP :**

- Réfléchir en amont sur la transformation des métiers afin de prévoir leur évolution et anticiper les compétences à développer en interne,
- Gérer la formation et les plans de carrière en interne pour favoriser l'investissement et la reconnaissance professionnel,
- Travailler sur le développement de nouvelles compétences pour gagner de la souplesse en matière économique et technologique mais aussi environnementale,
- Prévoir et anticiper les départs en retraite et les besoins à venir afin de faciliter l'organisation de recrutements.

**Outils GEPP :**

- Le référentiel métiers et compétences,
- Les fiches de postes et d'emploi,
- Les projets de mobilité interne,
- Les bilans d'entretiens annuels,
- La cartographie des compétences internes,
- La pyramide des âges salariaux...

Objectifs généraux	- Développer la politique GEPP
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaborer une cartographie des besoins prévisionnels en emploi (quantitative et qualitative) : métiers en tension, métiers en émergence, métiers en voie de diminution/extinction... avec pour chaque catégorie, une cartographie des évolutions et des compétences nouvelles attendues</li> <li>- Identifier les souhaits d'évolution et de mobilité de l'ensemble des salariés au travers des entretiens annuels : diminution progressive d'activité, mobilité géographique au sein du CH Jean-Pierre Falret ou de l'ICM...</li> <li>- Repenser la politique de mobilité interne au regard des tensions de recrutement</li> <li>- Identifier les recours nécessaires à des recrutements externes et à des mobilités internes</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	- Cartographie des métiers et des besoins



## 9.4. PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ

Certains métiers, fortement représentés au sein des centres hospitaliers, comportent des risques indéniables d'usure professionnelle comme les professions aides-soignants ou infirmiers.

Pour mettre en place une démarche de prévention et d'anticipation, l'évolution du public accueilli est à prendre en compte notamment en pédopsychiatrie avec des troubles de plus en plus aigus : enfants « cas complexes » ayant mis à mal les structures d'accueil médico-sociales et ayant été renvoyés vers la psychiatrie, d'où des prises en charge de plus en plus difficiles.

La pénibilité concerne également le sens du travail autour de ces prises en charge et la charge mentale qu'elles occasionnent, qui s'accroît avec les difficultés de recrutement et de remplacement.

De nombreuses actions de formation ont été menées au cours des dernières années pour faire face à ces risques : formation OMEGA sur la prise en charge de la violence, formation gestes et postures...

Des accompagnements par le service santé au travail de l'ICM ont été mis en place notamment au travers de l'intervention de l'infirmière du travail, auprès de laquelle les salariés en situation de pénibilité peuvent trouver écoute et conseil, dans le respect de la confidentialité. Elle peut ensuite orienter ces salariés en difficulté vers le médecin du travail, les ressources humaines... Elle fait le lien avec la DRH sur les possibilités de reclassement ou si nécessaire sur des démarches d'inaptitude.

Le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) est mis à jour régulièrement par la responsable qualité et l'infirmière du travail. Les risques psychosociaux ont été intégrés en se basant sur les grilles de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles).

Il comporte un plan d'action relatif à ces risques.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Prévenir la pénibilité</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser les postes de travail les plus pénibles, ainsi que les problèmes de santé les plus fréquents sur ces postes</li> <li>- Prévenir les impacts physiques et psychologiques sur la santé des professionnels</li> <li>- Favoriser les parcours professionnels et la polyvalence des salariés</li> <li>- Intégrer les formations liées à la prévention des risques somatiques et psychosociaux dans le plan annuel de formation</li> <li>- Réduire l'absentéisme : analyse des services, postes de travail ou métiers où l'on rencontre le plus de problèmes de santé (ceux où les salariés touchés travaillent actuellement ou ceux sur lesquels ils ont travaillé dans les années précédentes)</li> </ul> <p><b>Agir sur le matériel et l'environnement de travail afin de réduire les contraintes physiques du travail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir la conception des postes de travail (hauteur, largeur, espace de travail...) pour éviter les postures contraignantes</li> <li>• Réduire le poids des matériaux ou des produits à déplacer pour éviter le port de charges lourdes</li> <li>• Avoir des outils et engins de manutention adaptés à l'activité</li> <li>• Avoir un espace de travail suffisant</li> <li>• Implanter les postes de travail de façon à favoriser les échanges et les consignes...</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<p><b>Nombre de salariés formés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre et nature des accidents du travail, maladies professionnelles, restrictions d'aptitude, inaptitudes</li> <li>• Évolution du taux d'absentéisme et de turn-over</li> <li>• Analyse de la typologie des salariés les plus fréquemment touchés par des problèmes de santé (jeunes ? seniors ? anciens ? nouveaux embauchés ? un métier spécifique ?)</li> <li>• Nombre de professionnels ayant changés de poste</li> </ul>



## 9.5. PROMOTION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Selon l’HAS et l’ANACT, la qualité de vie au travail regroupe l’ensemble des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s’exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci. Une bonne QVT apporte à la fois bien-être, santé et performance.

### Enjeux pour les salariés

La qualité de vie au travail concerne en premier lieu les professionnels avec des conséquences favorables sur leur quotidien :

- Epanouissement professionnel et personnel,
- Réduction des risques professionnels avec un impact positif sur la santé aussi bien physiques que psychiques,
- Confiance des professionnels envers leur environnement professionnel.

### Enjeux pour l’établissement

Par le jeu des vases communicants, des professionnels épanouis agiront favorablement sur le fonctionnement de l’établissement :

- Meilleure cohésion des équipes et donc une organisation plus efficace du travail,
- Attractivité notamment lors des recrutements tout en entretenant la motivation des effectifs en place,
- Engagement des professionnels et climat de travail plus stimulant et efficace (réduction des arrêts maladie et du turn-over).

### QVCT

Depuis plusieurs années est introduit la notion de QVCT au niveau institutionnel : Qualité de vie et des conditions de travail. Elle englobe la notion de conditions de travail à savoir l’amélioration du travail et des conditions dans lesquelles il est réalisé qui doit être au cœur de ces démarches. Sont introduits la prévention et la réglementation à la simple notion de bien-être au travail.

**La QVCT est un enjeu institutionnel qui se traduit par des actions concrètes comme :**

- La journée du nouvel arrivant (accueil, présentation de l’ICM et de l’établissement, décroisement sanitaire et médico-social...),

- La semaine de santé au travail (différentes animations sont proposées),
- La salle de sport sur le site de Leyme : promouvoir l’activité physique et sportive, le bien-être,
- Un travail sur les plannings pour les professionnels en roulement (conciliation vie professionnelle/vie personnelle et familiale),
- Les formations portant sur la prévention des risques somatiques ou psychosociaux...

Objectifs généraux	- Promouvoir la qualité de vie au travail
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la démarche de Qualité Relationnelle au Travail : gouvernance, management, négociations</li> <li>- Instaurer dans les contrats la notion de médiation</li> <li>- Réduire les risques professionnels</li> <li>- Réduire les arrêts de travail et les accidents du travail</li> <li>- Attractivité : impact positif sur les recrutements</li> <li>- Pérenniser les formations portant sur la prévention des risques somatiques ou psychosociaux</li> <li>- Pérenniser le télétravail pour certaines activités selon l’accord signé</li> <li>- Pérenniser l’utilisation de la visioconférence (réunions internes et externes)</li> </ul>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire annuel QVCT</li> <li>- Taux de turnover</li> <li>- Taux absentéisme</li> <li>- Nombre de recrutements / nombres de postes à pourvoir</li> <li>- Nombre de demandes de télétravail formulées</li> </ul>



## QRT

La qualité relationnelle au travail est un axe prioritaire au niveau institutionnel mis en œuvre par le biais de l'EPMN de Bordeaux.

La QRT est un outil au service des personnes dans la vie professionnelle. Le développement des dispositifs et techniques de l'Ingénierie Relationnelle est un apport majeur de ces savoir-faire dans le champ relationnel au travail. Non seulement la QRT apporte un management contributif à la manière d'être en relation et de conduire le projet d'entreprise, mais elle intéresse concrètement tous les acteurs des RH, les représentants du personnel autant que l'ensemble des salariés, les acteurs de l'établissement et de l'environnement professionnel.

La QRT est indissociable des nouveaux fondamentaux du dialogue social définis en Ingénierie Relationnelle en terme de qualité relationnelle, de négociation contributive et de gouvernance.

L'intérêt fondamental de ces actions est de développer un nouveau paradigme, celui de l'Entente Sociale appliquée au sein des organisations de travail.

La QRT sert d'instrumentation liée à l'évolution culturelle. Parallèlement au renforcement du dialogue social, elle accompagne les démarches éthiques de l'entreprise.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Promouvoir la Qualité Relationnelle au Travail</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter et diversifier la communication de ses équipes aux nécessités environnementale et économique</li> <li>- Reconnaître positivement l'ensemble des interlocuteurs qui contribuent au développement de l'établissement</li> <li>- Recourir à la médiation professionnelle pour « résoudre les conflits » et redynamiser l'activité</li> <li>- S'initier aux techniques de l'altérité pour promouvoir la qualité relationnelle et anticiper les situations conflictuelles et ainsi favoriser la coopération entre les composantes de l'entreprise</li> <li>- Utiliser une communication constructive dans les situations délicates de gouvernance, de management, et d'activité</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	- Analyse des situations conflictuelles : nombre et solution apportée Nombre de médiation

# 10. Questionnement éthique

**Le questionnement éthique est une des politiques institutionnelles.**

Le cercle éthique vise à la promotion d'une réflexion partagée sur des sujets auxquels les professionnels sont fréquemment confrontés au sein des établissements de l'association. C'est une instance pluridisciplinaire composée de 20 membres, professionnels de l'Institut Camille Miret et personnalités extérieures. L'instance est dénuée de toute forme juridique et de pouvoir décisionnel.

Le cercle éthique a pour objectif de créer un espace d'échanges et de réflexions. Ces réflexions sont destinées à éclairer les progrès de la science, soulever des enjeux de société nouveaux et poser un regard éthique sur ces évolutions.

Le cercle éthique est destiné à examiner toutes les questions morales soulevées dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé, pouvant notamment être alimentés par :

- Des réflexions soignantes,
- Des sujets soulevés par les familles ou usagers,
- Des conférences,
- Des travaux de recherches,
- Des sujets nationaux relatifs à l'éthique...

Le Cercle Éthique ICM est adhérent à l'ERE Occitanie (espace de Réflexion Éthique) avec accès à leur publication sur différentes thématiques via leur site internet : [www.ere-occitanie.org](http://www.ere-occitanie.org).

Le bureau, composé de huit membres, reçoit les saisines des professionnels, statue sur les thématiques à traiter et établit l'ordre du jour.

Tout un chacun est habilité à saisir le cercle éthique. Les professionnels, la CDU, les familles et proches, les personnalités extérieures peuvent adresser leurs sujets à l'instance.

La saisine s'effectue par courriel auprès du bureau du cercle éthique à l'adresse mail suivante : [cercle-ethique@icm46.org](mailto:cercle-ethique@icm46.org)

Le comité éthique institutionnel peut également s'autosaisir d'un sujet lors de ces débats.

L'acceptation ou non d'une saisine est collégiale et réalisée par le bureau du cercle éthique institutionnel qui statue sur les thématiques traitées.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Évaluer le recours au questionnement éthique</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre en place un cadre opérationnel permettant la prise en compte par les professionnels des problématiques éthiques</li><li>- Impliquer les représentants des usagers</li><li>- Mettre à disposition des professionnels des ressources</li><li>- Sensibiliser et former les professionnels</li><li>- Enrichir le cadre des prises en charge et développer de nouvelles connaissances par des fiches thématiques</li></ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Questionnaire adressé à tous les professionnels dressant un état des lieux</li><li>- Mise en place d'un onglet CERCLE ÉTHIQUE sur l'intranet</li><li>- Mise en place d'une conférence sur le questionnement éthique : nombre de participants et questionnaire de satisfaction</li><li>- Nombre de saisines</li></ul>





# 11 Politique RSE

## ○ Développement Durable

La responsabilité sociétale des établissements (RSE), politique institutionnelle, appelée responsabilité sociale des établissements est définie par la commission européenne comme l'intégration volontaire par les établissements de préoccupations sociales et environnementales à leurs activités et leurs relations avec les parties prenantes.

En d'autres termes, la RSE est la contribution des établissements aux enjeux du développement durable. L'établissement va donc chercher à avoir un impact positif sur la société tout en étant économiquement viable.

La norme ISO 26000, standard international, définit le périmètre de la RSE autour de sept thématiques centrales :

1. La gouvernance de l'organisation
2. Les droits de l'homme
3. Les relations et conditions de travail
4. L'environnement
5. La loyauté des pratiques
6. Les questions relatives aux usagers
7. Les communautés et le développement local.

Le but est d'améliorer la qualité de vie des professionnels et de toutes les personnes qui entrent en contact avec l'établissement, mais aussi de la communauté.

La responsabilité sociétale des entreprises repose sur trois grands piliers :

- Le pilier environnemental : parmi les priorités environnementales se trouvent la réduction des émissions de gaz à effet de serre, le recyclage, et le recours aux énergies renouvelables.
- Le pilier social : c'est l'un des aspects les plus importants de la RSE, au point que l'on parle aussi de Responsabilité sociale des établissements. Il rassemble des problématiques telles que la santé, l'éducation, le bien-être, le respect des droits de l'Homme...
- Le pilier économique : un établissement RSE soutient l'économie locale en se fournissant auprès d'organismes locaux dans la mesure du possible et en investissant dans sa région.

Au niveau de l'établissement, cela se traduit par :

- Renouvellement parc automobile : quotas de véhicules électriques (loi LOM).
- Retraitement des déchets non alimentaires par des prestataires,
- Achats de papier ou de consommables (notamment produits d'entretien) intégrant les labels environnementaux : produits d'entretiens, papier recyclé...
- Isolation thermique des bâtiments : réalisation d'un audit énergétique et mise en place d'un plan d'investissement.
- Déplacements professionnels : vélos électriques mis à disposition des professionnels du site de Cahors.
- Utilisation de la visioconférence pour certaines réunions, ce qui limite les déplacements et donc le coût environnemental en termes de bilan carbone.

<b>Objectifs généraux</b>	<b>- Formaliser de la démarche RSE/DD</b>
<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier et former un référent développement durable</li> <li>- Développer l'information sociale et environnementale de l'établissement à l'attention des parties prenantes que sont les partenaires</li> <li>- Impliquer les instances représentatives du personnel dans les discussions sur les enjeux</li> <li>- S'inscrire dans une démarche de développement durable dans l'ensemble des activités</li> <li>- Développer des référentiels de développement durable par secteurs d'activités</li> <li>- Renforcer la marque employeur : les candidats sont de plus en plus sensibles aux engagements RSE</li> <li>- Favoriser l'implication des professionnels, des usagers et des fournisseurs</li> <li>- Désigner un responsable RSE spécialisé, former et mobiliser une équipe ressource pour mener le projet de manière cohérente sur la durée</li> <li>- Établir un diagnostic et un état des lieux pour identifier les actions RSE à mettre en place et en assurer le suivi</li> <li>- Lancer un plan de communication sur les actions lancées en interne et en externe</li> <li>- Poursuivre et intensifier le processus de dématérialisation : rendre opérationnelle la signature électronique au plan médical et soignant ; redéfinir et dématérialiser les circuits de transmission des notes administratives</li> <li>- Poursuivre le développement des outils permettant aux patients de l'établissement d'utiliser les outils et ressources web</li> <li>- Mettre en place une réflexion sur l'utilisation des véhicules dans les déplacements professionnels</li> </ul>
<b>Évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des tableaux de bords et en assurer le suivi</li> <li>- Analyser les résultats des actions mises en place</li> <li>- Bornes WIFI</li> </ul>





Cafétéria des patients



Salles de formations



UPCA



Direction de Pôle 2



UFHC



Elango - Hoptimom



USP



Archives centrales

# MOT

## du directeur des établissements de santé



Vous venez de prendre connaissance des orientations du projet d'établissement du Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret pour les 5 ans à venir.

Il s'agit d'une feuille de route permettant à chaque professionnel de se repérer et d'avoir un fil conducteur tant dans la prise en charge quotidienne du patient que dans ses opportunités tout au long de son parcours sur l'ensemble du département.

Ces projets sont soit à développer, soit à construire autour du patient mais aussi de vous professionnels qui œuvreriez chaque jour pour l'accompagner, le guider et l'inclure dans la société, le faire grandir en tant que citoyen.

L'atteinte des objectifs fixés dans ce projet d'établissement est à appréhender et à construire en équipe pluridisciplinaire dans un respect mutuel de points de vue et d'échanges sans perdre de vue la préoccupation première de chacun : le patient.

Comme souligné par notre Directrice Générale, nous comptons sur vos intelligences et vos talents, et vous accompagnerons tout au long de ces 5 années.

**Franck ANTETOMASO**





**icm**  
**Institut Camille Miret**  
Association à but non lucratif  
santé mentale, handicap, inclusion



**CH Jean-Pierre Falret**  
Centre Hospitalier  
Établissement sanitaire assurant la mission de service public en psychiatrie