



C.H.C.

CENTRE HOSPITALIER DE COLSON DIRECTION GENERALE

14 kms route de Balata
B.P. 631 - 97261 FORT DE FRANCE CEDEX
Cellule Projet d'Etablissement

PE 2014-2018

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2014-2018 - SYNTHÈSE

JANVIER 2014

PREAMBULE

ARTICLES INTÉRIEURS

LE PROJET MÉDICAL 2

PROJET DE SOINS 13

PROJET DE PSYCHOLOGIE 14

PROJET MÉDICO-SOCIAL 15

FAVORISER LE BON USAGE DU MÉDICAMENT 16

PLAN QUALITÉ 17

PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER 19

PROJET SOCIAL 20

LE SYSTÈME D'INFORMATION 22

PROJET CULTUREL 24

PLAN DE COMMUNICATION 25

SOMMAIRE :

- Un programme de construction de lits pour voir aboutir la fermeture du site de Balata
- L'ouverture de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile
- Une réorganisation en filières de la psychiatrie générale et infanto-juvénile
- Une restructuration de l'ambulatoire
- La création d'un CMP de crise en psychiatrie générale adossé à 10 lits d'hébergement de nuit
- Le transfert de l'activité SMPR au CHUM
- Un service de gérontopsychiatrie de proximité actif

Le transfert partiel des lits de psychiatrie générale vers la cité hospitalière de Mangot Vulcin a sans doute été la réalisation majeure du Centre Hospitalier de Colson sur la période du dernier SROS.

Bien qu'une première réponse à la sur-occupation avait été amorcée avec l'ouverture de 99 places en Foyer d'Accueil Médicalisé et 65 en Maison d'Accueil Spécialisé, il a fallu organiser la réorientation de 81 patients vers des EHPAD, prioritairement l'OASIS et le Centre Emma Ventura, pour voir aboutir le transfert en décembre 2012. L'opération a, par ailleurs, nécessité l'ouverture d'une unité sanitaire provisoire sur le site de Balata pour accueillir 33 patients à profil médico-social, en préfiguration de l'ouverture d'un EHPAD de 60 places pour lequel le CH Colson dispose d'une autorisation.

Cependant, des solutions médico-sociales restent encore à trouver pour compléter l'offre de soins du département et éviter que la psychiatrie ne se transforme en un lieu d'accueil des profils dits « inadéquats » par manque de places dans les structures adaptées.

Les études épidémiologiques et démographiques mettent en exergue les conséquences du vieillissement de la population martiniquaise et permettent d'an-

ticiper le phénomène et faciliter le développement de structures d'accueil en faveur de ce public.

La fermeture du site de Colson réinscrite au SROS-PRS 2012-2016, constituera un enjeu fort du nouveau projet d'établissement pour les cinq ans à venir et il faudra attendre la concrétisation du projet de construction de lits dans le périmètre de la cité hospitalière prévue à l'horizon 2015 pour accomplir en totalité le transfert attendu depuis plus de 10 ans.

Ce programme devra s'organiser dans un contexte déficitaire qui nécessitera des négociations avec les organismes de tutelle, mais aussi une délicate articulation entre le besoin en équipements médicaux et l'obligatoire nécessité de restructurer l'ambulatoire pour apporter aux usagers de la psychiatrie des soins de qualité et lever par là-même les réserves majeures portant sur la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements qui ont placé l'établissement sous le coup d'une non-certification en 2012.

Une attention particulière sera portée aux axes d'amélioration retenues au plan-qualité pour rehausser les scores de l'établissement et contribuer à améliorer la prise en charge, notamment sur les volets « sécurité et qualité des soins », « dossier patient » et

« maîtrise du risque infectieux ».

Le projet d'établissement 2014-2018 se veut réaliste et aura pour principale ambition d'apporter aux usagers de la santé mentale et au personnel de meilleures conditions hôtelières et s'efforcer de préserver un outil qui a largement fait ses preuves en soixante années d'existence.

Cela nécessitera des actions percutantes sur le plan des représentations de la psychiatrie et de repenser le mode d'intervention :

- ◇ au plus près de la population,
- ◇ dans une continuité, par la mutualisation des compétences, à travers des interventions décloisonnées et des articulations renforcées entre l'intra et l'extra hospitalier.

La réussite des actions envisagées pour les cinq prochaines années passera nécessairement par une implication des professionnels et une action concertée avec les partenaires internes et externes.

Le projet présenté ne fait pas état des dispositions du Plan de Retour à l'Équilibre Financier, toujours en cours de négociation avec l'Agence Régionale de Santé.

UNE NOUVEAUTÉ AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2014-2018..

L'intégration d'un projet de psychologie et d'un projet culturel constitue les deux nouveautés dans l'élaboration du projet d'établissement.

Le projet de psychologie s'inscrit dans le prolongement des précédentes actions : création du collège des psychologues et inscription dans une démarche expérimentale confortée par la circulaire du 26 Décembre 2012 visant le renforcement de l'impli-

cation des psychologues dans les missions institutionnelles.

Sur le plan de la culture, de nombreuses actions étant déjà organisées en faveur des patients, il convenait de valoriser le dynamisme et l'implication des équipes par une formalisation des partenariats et une structuration de l'existant. Des plans d'actions sont ainsi proposés à cette fin pour les années à venir.



UNE RÉORGANISATION DE L'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN FILIÈRES DE SOINS

Le transfert partiel des lits vers la cité hospitalière de Mangot Vulcin a été l'occasion de restructurer la prise en charge en filières de soins pour tenir compte du profil des patients.

L'accueil des pathologies aiguës est organisé sur le site de Mangot Vulcin et les soins de suites psychiatriques (SSP) sur celui de Balata.

Toutefois, une première année de fonctionnement a montré les limites architecturales des maisonnettes de Mangot Vulcin peu adaptées à ce type de pathologies du fait de la fragilité des maté-

riaux, d'où la proposition de consacrer ce site à la prise en charge en SSP, les lits aigus devant faire l'objet d'une relocalisation dans le périmètre de la cité hospitalière dans un programme de construction neuve de 120 lits.

LE COURT SÉJOUR.

Il constituera le lieu d'accueil systématique des hospitalisations libres et sans consentement, en dehors de celles relevant des dispositions des articles D.398 et 122-1 du Code de procédure pénale. Le patient y bénéficiera de soins et sera

réorienté en fonction de l'évolution de son état de santé, soit directement vers l'ambulatoire, soit vers une structure d'accompagnement à la sortie ou de soins au long cours (SSP).

Une reconfiguration en deux pôles d'activité clinique est prévue à moyens termes avec une répartition des lits pour moitié entre le pôle Centre/Nord Caraïbe (incluant la ville du Lamentin) et le pôle Nord Atlantique/Sud avec 30 lits par unité.

La pertinence du maintien des 12 lits aigus sur le site des Trois-îlets sera à évaluer selon ce nouveau schéma.

La région Martinique est déjà détentrice depuis 1992, d'une autorisation de construction de 80 lits de psychiatrie qui n'ont pas été réalisés par le CHU.

Un accord de principe a été donné par l'ARS au CH Colson pour les mettre en œuvre.

L'opération de construction des lits de psychiatrie générale, si elle répond à une volonté de fermeture du site de Colson à l'horizon 2015, s'inscrit surtout dans une vision d'amélioration de l'offre de soins psychiatriques à la Martinique pour les vingt à trente ans à venir.

MOYEN ET LONG SÉJOUR : LES SOINS DE SUITES PSYCHIATRIQUES (SSP)

La filière SSP s'articule autour de projets d'accompagnement et de prise en charge plus spécifiques qui peuvent concerner :

* des patients profondément désinsérés en raison de leur pathologie psychiatrique, souvent du registre de la psychose, nécessitant un long étayage pour préparer soit une extériorisation en milieu ouvert, soit une orientation en milieu protégé, notamment médico-social.

* des patients dont les prises en charge et les séjours doivent être conçus et organisés dans la durée notamment en référence à des contraintes médico-légales.

La communauté médicale a fait le choix de garder sectorisé ce type de prise en charge pour maintenir les liens naturels avec les structures extra hospitalières et garder ainsi le patient dans la filière du soin permettant

les passerelles vers un retour dans la cité.

Les objectifs retenus dans le cadre du projet médical 2014-2018 sont les suivants :

- Transférer les lits de SSP de Balata sur le site de Mangot-Vulcin une fois construits les nouveaux lits aigus ;
- Augmenter à 100 lits la capacité du SSP (actuellement de 75 lits)

100 lits de SSP sont prévus sur les cinq prochaines années pour répondre à la demande.

En fin d'année 2013, le site de Balata accueillait 75 patients de ce profil et une dizaine étaient toujours en attente d'orientation.

SSP (suite)....

pour répondre aux besoins futurs repérés ;

- Utiliser les espaces prévus sur Mangot-Vulcin pour développer des activités de resocialisation ;
- Préparer ces patients à une autre orientation pour réussir leur réinsertion ;
- Construire les projets individuels de chaque patient en repartant de ses besoins dans toutes les dimensions de la vie sociale et thérapeutique ;

- Déterminer en relation avec les services de l'Etat et les partenaires — ARS, Conseil Général, etc.. — les besoins et possibilités en termes d'orientation et de structures ;
- Participer à la négociation avec ces partenaires pour construire des projets d'évolution qualitative et quantitative en termes de besoin ;
- Participer à la constitution des dossiers nécessaires

à l'adaptation des structures et des moyens avec les partenaires.

La répartition envisagée pour le SSP est la suivante :

- * dans la configuration en 3 pôles d'activités cliniques : 4 unités de 25 lits
- * puis, dans le cadre d'une organisation en 2 pôles d'activités : 4 unités de 25 lits, soit 50 lits par pôle.

Le département comptait 335 lits d'hospitalisation complète autorisés en 2012.

Le besoin est estimé à 381 sur la base des projections démographiques (Insee) et du ratio lits/population en comparaison à la moyenne nationale.

L'analyse prospective devra être corrélée à une étude épidémiologique.



LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE : UN PARTENARIAT CHUM/CH COLSON À RENFORCER

L'accueil aux urgences des patients présentant des troubles psychiatriques a été gérée jusqu'en Novembre 2010 par le CHU.

A la demande de la tutelle hospitalière, le CH Colson a pris le relais de Novembre 2010 à Janvier 2013, avec la mise en place d'un service d'urgence psychiatrique qui s'appuyait en amont sur une équipe mobile psychiatrique de régulation et inter-

vention adossé au SMUR (EMUP), et sur un accueil par une équipe de psychiatrie (psychiatres et infirmiers), dans les locaux des urgences du CHU 24h/24H et en post-urgence avec 7 lits d'hospitalisation de courte durée (U72).

L'ensemble des activités de prise en charge des urgences psychiatriques (accueil, U72 et EMUP) a été rattaché au CHUM en Jan-

vier 2013 sur décision de l'Agence Régionale de Santé, par la signature d'une convention de coopération relative à la coordination entre urgences et post-urgences psychiatriques signée entre le CHUM et le CH Colson. Cela s'est accompagné d'un transfert des moyens.

Cette convention concerne la psychiatrie adulte et consacre le partage des gardes

médicales entre le CHUM et le CH Colson, respectivement 2/3, 1/3.

Longuement travaillée par les deux établissements, cette convention devra intégrer le nouveau projet médical du CH Colson, à l'issue de l'évaluation qui sera faite conjointement avec l'Agence Régionale de Santé.

LA PRISE EN CHARGE DES DÉTENUS

Le précédent SROS visait le maintien de l'ambulatoire au Service Médico-Psychologique Régional et l'ouverture d'un Centre de Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRAVS) et d'un CMP postpénal.

Ils ont été partiellement atteints : l'ouverture du CRAVS s'est organisée le 17 septembre 2012 mais le CMP postpénal n'a toujours pas vu le jour.

Le départ du psychiatre référent et porteur de projet

a eu des conséquences sur l'organisation de la prise en charge dans le difficile contexte de pénurie médicale.

Rappelons que les missions du SMPR s'organise autour :

- * du repérage précoce des troubles psychiques des entrants et du suivi d'affections mentales graves en milieu pénitentiaire
- * la mise en œuvre des traitements psychiatriques
- * le suivi psychiatrique de la population postpénale en coordination avec les

équipes de secteurs

* une mission de lutte contre l'alcoolisme et les addictions

* la prise en charge des agresseurs sexuels et des mineurs.

De 2007 à 2011 le nombre de patients pris en charge au SMPR n'a cessé d'augmenter (+17%). Le nombre d'hospitalisation en hôpital de jour du SMPR est resté stable.

Créé en 1996, par arrêté du 14 Décembre 1986 modifié le 10 mai 1995, le SMPR met en œuvre des actions de prévention, de diagnostic et de soins des troubles mentaux au bénéfice de la population incarcérée au centre pénitentiaire de Ducos.

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN MILIEU CARCÉRAL

La prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice fait l'objet d'une évolution depuis la circulaire du ministère des Affaires sociales et de la Santé et du ministère de la Justice, en date du 30 octobre 2012.

La réorganisation des soins psychiatriques aux détenus a conduit à la mise en place d'« unités sanitaires » regroupant les UCSA et les SMPR et nécessitant de ce fait, outre la mise en place

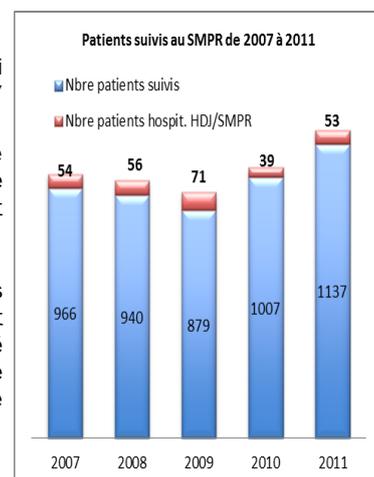
de partenariats entre le sanitaire et la justice, la conclusion de protocoles cadres et conventions, définissant les responsabilités de chacun et visant par ailleurs, à mutualiser les ressources entre les hôpitaux MCO et les hôpitaux psychiatriques intervenant dans une même prison.

Le schéma cible du Projet Régional de Santé 2012-2016 prévoit ainsi la gestion par une même entité juri-

dique de l'unité sanitaire qui sera issue de l'UCSA/SMPR.

Le transfert au CHUM de l'activité de prise en charge des détenus est d'ores et déjà acté par l'ARS.

Des rencontres entre les deux établissements seront organisées sous l'autorité de la tutelle hospitalière pour régler les modalités de ce transfert.



L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS PSYCHIATRIQUES (USIP)

Inscrite au précédent SROS, l'USIP, d'une capacité de 15 lits, située à Mangot Vulcin, a été créée en décembre 2012.

Il s'agit d'une unité fermée, intersectorielle, prenant en charge des patients en hospitalisation sans consentement qui ne peuvent pas être maintenus dans un service de soins polyvalents en raison d'un état de dangerosité situationnelle et à priori transitoire.

L'USIP accueille également des détenus relevant de l'article D.398 du code de procédure pénale qui peuvent faire l'objet de dispositions particulières ainsi que des patients relevant de l'article 122-1 du Code Pénal.

Les patients y poursuivent leur prise en charge jusqu'à ce que leur état autorise leur retour dans le service ou l'établissement d'origine.

L'USIP est une unité de soins intermédiaire entre un service de psychiatrie générale et une UMD (Unité pour Malades Difficiles). Chaque malade reçoit tous les soins que nécessite son état psychique. En fonction

de la dangerosité du patient, les soins lui sont dispensés dans un souci de sécurité.

Le service est mixte et la structure fonctionne en H24.

Les modalités d'hospitalisation sont définies, de façon à ce qu'elles concilient :

- ◆ les meilleures conditions de soins pour le malade,

- ◆ les meilleures conditions de sécurité pour les malades, le personnel de l'établissement, les visiteurs et la collectivité de façon générale.

La mission de régulation des admissions sur le site de Mangot Vulcin est assurée 24h/24 par le médecin de garde et le psychiatre de l'unité.

Un numéro unique permet de joindre le médecin (régulation et validation de l'admission).

Les premiers mois de fonctionnement sur le site de Mangot Vulcin ont toutefois révélé :

- une fragilité voire une absence de modes opératoires,
- un temps de réponse souvent long des unités d'hospitalisation qui conduit à emboliser les lits de l'uni-

té.

- la transmission tardive par les urgences des demandes d'hospitalisation
- +de70% des admissions à l'USIP proviennent du pôle Centre
- un taux d'occupation >90%
- des problématiques liées à la conception architecturale de l'unité
- une dotation en personnel médical et en équipement insuffisante.

Les objectifs pour le futur consisteront à :

- Lutter contre les effets de saturation de l'unité
- Renforcer l'équipe pluridisciplinaire
- Améliorer les équipements pour interrompre le processus de dégradation de l'unité
- Faciliter le flux des admissions sur le site de Mangot Vulcin (mise en place d'un mode opératoire partagé sur l'ensemble du parcours de soins).

Données d'activité de l'USIP en 2013

Nombre total d'entrées USIP	442
Nombre d'entrées directes	413
Nombre de journées	4236
DMS	9,56
Nombre de séjours	443
Nombre de réadmissions	58
FA	385
FA/ Nombre entrées	0,87
Nombre de primo-arrivants USIP (jamais hospitalisés au CH Colson)	79
FA toutes hospitalisations	1086
Nombre d'entrées totales toutes hospitalisations	2039
Nombre d'entrées directes toutes hospitalisations	1244

LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

L'état des lieux réalisé par l'équipe médicale confirme une insuffisance de prise en charge des soins somatiques en milieu psychiatrique.

Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les traumatismes, les intoxications et les maladies du système respiratoire, etc..., la surmortalité augmentant avec l'ancienneté de l'hospitalisation.

Certaines pathologies traduisent l'expression directe ou indirecte de la maladie mentale et/ou sont liées aux effets secondaires de traitements psychoactifs. En outre, certains comportements inhérents à la

maladie mentale (repli sur soi etc..) peuvent générer des difficultés de prise en charge, ces attitudes pouvant perturber l'interrogatoire, l'examen physique, la réalisation des actes, le recueil du consentement, les suites post-opératoires, etc...

De plus, il existe de nombreux freins à la prise en charge des soins somatiques des personnes atteintes de pathologies mentales, tant en milieu psychiatrique (notion de pudeur thérapeutique face au soin somatique, psychosomatisation des symptômes...) que somatique (stigmatisation des malades mentaux, difficulté de faire cohabiter des patients dits « normaux » avec des patients psychiatriques...). A cela s'ajoute entre autre, l'insuffi-

sance de médecins généralistes au sein des services de soins psychiatriques et l'insuffisance de temps de psychiatres au sein des services d'urgence.

A partir de ce constat, l'objectif est de réduire la surmortalité constatée chez les malades mentaux et les personnes en situation de handicap psychique.

Les difficultés d'articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques nécessitent de mettre en place des dispositifs interfaces permettant de fluidifier les prises en charges dans le cadre d'une approche globale et adaptée et d'accompagner le parcours de soins du patient dans une dynamique

LES SOINS SOMATIQUES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE (suite)...

de mobilité, de liaison et de travail en réseau formalisé par conventions.

Il s'agira dès lors de :

- ◆ Améliorer l'accès aux soins des patients hospitalisés en psychiatrie
- ◆ Faciliter la prise en charge des malades mentaux en hôpital général
- ◆ Assurer le relais entre intervenants hospitaliers et la médecine de ville (si retour au domicile) ou les correspondants médico-sociaux (si retour en institution)
- ◆ Associer patients et familles dans les démarches de soins (information, con-

sentement, accompagnement...).

Un accent particulier devra être mis sur les soins bucco-dentaires qui représentent une part significative des demandes de soins somatiques spécialisés chez cette population. Le faible accès à la prévention, au dépistage, aux soins conservateurs et l'incidence importante de la consommation de crack aux Antilles, abou-tissent fréquemment à des états sévères de dégradations bucco-dentaires.

Ainsi, la prise en charge des soins somatiques nécessite-t-elle une approche globale et adaptée.

Afin de fluidifier l'articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques, il conviendra de :

- Mettre en place des dispositifs interfaces dédiés aux soins somatiques au sein des services de psychiatrie,
- Mettre en œuvre des modalités de prises en charge adaptées au sein des services somatiques,
- Développer les interventions de liaison,
- Formaliser les relations de partenariat,
- Assurer les relais avec la médecine de ville, les correspondants sociaux et médico-

sociaux et les familles.

L'organisation d'une réponse croisée aux besoins de soins somatiques et psychiatriques nécessite la mobilisation d'un ensemble de professionnels intervenant dans différents champs : psychiatrie, MCO, SSR, hôpital, ville, institutions ...

Elle demande un décloisonnement des pratiques, une connaissance et reconnaissance réciproques des intervenants.

Enfin, le rapprochement des acteurs devrait contribuer à lutter contre la stigmatisation des pathologies psychiatriques.

LA PRISE EN CHARGE DES PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES

Les troubles psychotiques font partie des troubles mentaux sévères et touchent environ 3% de la population.

65% des diagnostics principaux du CH Colson sont des psychoses (données DIM 2013).

La prise en charge d'un premier épisode psychotique (PEP) doit être le plus précoce possible si on veut limiter au maximum l'impact de la psychose sur la vie du sujet.

Des études faites en 1993 (Birchwood et al.) ont déterminé une période critique correspondant aux 2 à 5 premières années après un premier épisode psychotique qui seraient les plus vulnérables aux rechutes et au développement de handicaps durables (études corrélées par l'Organisation Mondiale de la Santé).

D'où l'intérêt de développer des programmes de soins spécialisés dans l'intervention précoce et intensive pour les patients présentant un PEP visant à :

- faciliter l'accès aux soins
- déstigmatiser la psychose auprès des jeunes patients et de leurs familles souvent réticents à établir un lien avec les services de psychiatrie.

Le projet médical vise la création de structures pour les jeunes psychotiques de 18 à 30 ans, visant à faciliter l'accès aux soins, par un diagnostic et une évaluation approfondie, un suivi durant les 5 premières années en utilisant des outils dont l'efficacité a été démontrée par des travaux publiés dans la littérature internationale et qui ont fait l'objet de recommandations professionnelles.

Un réseau sera ainsi créé entre les différentes structures de soins de premières lignes que ce soit les urgences, les CMP, les médecins généralistes pour permettre une orientation rapide vers la structure concernée en vue d'un diagnostic.

Le premier contact devra être rapide et facile. Une

équipe mobile doit pouvoir se déplacer rapidement à la rencontre du jeune s'il ne peut venir par ses propres moyens (en cas d'hospitalisation par exemple).

Les soins seront organisés autour de :

- * thérapeutiques biologiques adaptées,
- * outils de réhabilitation psychosociale,
- * suivi individuel,
- * interventions de groupe,
- * activités à valeur de médiation thérapeutique,
- * suivi familial, etc..

Des structures d'appui au dispositif de prise en charge de type hôpitaux de jour seront nécessaires avec la mise en œuvre de moyens adaptés tant sur le plan humain qu'au niveau logistique.

L'hôpital de jour de Trinité a déjà inclus cet accompagnement des jeunes adultes psychotiques dans sa pratique.

Les psychoses constituent 65% des diagnostics principaux des patients hospitalisés au CH Colson en 2013.

La prise en charge de ce public sera formalisée dans les pratiques de soins au sein des Hôpitaux de jour du Lamentin et de Perrinin (en cours d'autorisation).

LA GÉRONTOPSYCHIATRIE : DIX ANS DÉJÀ..

Au fil des années et avec l'évolution démographique de la population martiniquaise, le CH Colson a vu se diversifier la catégorie d'âge des personnes prises en charge pour troubles mentaux.

En juillet 2003 déjà, face à la difficulté d'organiser au sein des unités polyvalentes du site de Colson des soins adaptés à la spécificité de ce public, une délibération avait été prise en vue de l'admission, à titre provisoire, d'une quinzaine de patients stabilisés âgés de plus de 60 ans au CHI Lor-

rain/Basse-Pointe.

C'est sur ce constat, qu'une proposition de création d'une unité spécialisée de 25 lits en gérontopsychiatrie a été soumise à la tutelle en 2004. L'objectif était en outre d'atténuer l'impact des évolutions démographiques prévisibles, eu égard au besoin en équipement psychiatrique sur le département. La part des personnes âgées de 60 ans et plus augmentant de manière exponentielle, et les pathologies psychiatriques se révélant chez le sujet âgé sans antécédent, l'ouverture de la structure d'accueil

trouvait ainsi, tout son sens.

L'implantation de l'unité sur le site de Colson a été rendue possible grâce à la fermeture d'une unité de soins du secteur nord atlantique en 2004, délocalisée dans l'enceinte du CH de Trinité, permettant ainsi de libérer un pavillon de soins immédiatement opérationnel.

Ouvert depuis plus de 10 ans, le service de gérontopsychiatrie a permis d'offrir à de nombreuses personnes âgées inscrites dans une hospitalisation longue, une prise en charge dans des locaux adaptés.

Objectifs thérapeutiques

En amont de l'hospitalisation à temps complet le service contribuera à :

*éviter les hospitalisations longues par des prises en charges intensives, à temps complet, lors de décompensations psychiques débutantes

*Assurer la prise en charge (observation) de patients ayant des troubles du comportement afin de faciliter un diagnostic ultérieur

En aval de l'hospitalisation à temps complet :

*permettre dans un environnement spécialisé adapté, le traitement des moments féconds des pathologies chroniques des patients âgés déjà connus des secteurs de psychiatrie générale ou déjà hospitalisés

FAIRE DE LA GÉRONTOPSYCHIATRIE UNE PSYCHIATRIE ACTIVE

Malheureusement, l'absence de solution d'orientation a contribué à scléroser ce service, qui doit résolument s'inscrire dans une prise en charge dynamique. Des réponses adaptées doivent être trouvées si l'on veut éviter le maintien en hospitalisation de la personne âgée vieillissante par manque de structures d'aval. Cela permettra en outre à l'unité de jouer pleinement son rôle d'accueil du patient âgé en situation

de décompensation psychotique, contribuant à éviter la chronicisation et faciliter le turn-over.

Le SROSS précédent prévoyait une redistribution des missions avec la création par le CHU d'une unité d'évaluation et d'orientation de psycho-gériatrie qui n'a malheureusement pas vu le jour.

Il convient dès lors, pour le CH Colson, de mettre en place les outils indispensables à la prise en charge

globale des personnes âgées souffrant de troubles mentaux.

D'ailleurs, les récentes collaborations avec plusieurs EHPAD de la Martinique, nous engagent déjà dans cette voie. L'indispensable suivi des patients placés dans les structures médico-sociales et l'engagement à les ré-hospitaliser en cas de besoin, conduisent l'établissement à repenser son fonctionnement dans son ensemble.

3 priorités pour la prise en charge de la personne âgée vieillissante :

- ◆ Adapter la capacité d'accueil en gérontopsychiatrie : 20 lits
- ◆ Inscrire l'unité dans un réseau avec le service de gériatrie du CHUM
- ◆ Organiser des consultations de proximité

LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE VIEILLISSANTE : LA SORTIE DE L'ISOLEMENT

La gérontopsychiatrie doit contribuer à sortir la personne âgée de son isolement et s'inscrire dans une psychiatrie active. Cette mutation ne pourra se faire seule ; une inscription dans le réseau déjà en place pour les personnes âgées est indispensable.

Elle vise à :

*Sortir l'unité de son isolement tant géographique que fonctionnel.

* Déménager les lits actuels de gérontopsychiatrie sur le site de Mangot-Vulcin en adaptant sa capacité à 20 lits de psychiatrie aigue pour personnes âgées.

*S'inscrire dans un réseau avec la gériatrie du CHUM, afin d'offrir un diagnostic partagé permettant l'évaluation et l'orientation la plus adaptée pour les personnes âgées.

*Développer des partenariats avec les différents EHPAD du département pour offrir des possibilités de lits d'aval.

*Mettre en place une équipe mobile de psychogériatrie offrant des consultations spécialisées, au lit même des personnes âgées si besoin, qu'elles soient en EHPAD ou aux Urgences, voire même au domicile.

La mise en place de consul-

tations de proximité de psychogériatrie, d'accès facile, permettra de réaliser des diagnostics et des bilans le plus précocement possible afin de proposer une conduite thérapeutique et définir une prise en charge médico psycho sociale, juridique, familiale de tous les types de pathologies de la personne âgée.

Ces consultations s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans qui en font personnellement la

LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE VIEILLISSANTE... (suite)

demande ou qui sont adressées par un médecin. Elles permettront de faciliter l'accès au dépistage et éventuellement aux soins spécifiques en recevant toute personne se plaignant de troubles psychopathologiques isolés ou associés (somatiques, cognitifs, sociaux), en réalisant ou coordonnant un bilan clinique dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire, et en organisant un lien avec les partenaires du dispositif sanitaire, social et médico-social, ainsi qu'avec le réseau « personnes âgées ».

Cette consultation visera entre autres à :

- *effectuer des évaluations spécifiques pour personnes âgées (capacités cognitives, activités de la vie quotidienne, risque de dépression et de suicide, psychoses tardives, et tous troubles psychocomportementaux du sujet âgé),

- *participer à l'élaboration d'une stratégie thérapeutique en relation avec le médecin traitant, au suivi des traitements psychiatriques spécifiques.

Une attention particulière sera portée à l'accompagnement à domicile ou dans le milieu de vie de la personne

âgée, sans oublier l'anticipation des limites du maintien et des interventions à domicile, et donc la préparation et l'accompagnement du sujet et de son entourage à la phase d'institutionnalisation.

- *Participer à l'aide aux familles et aux aidants, professionnels ou pas.

Cette consultation sera positionnée dans l'enceinte de Mangot-Vulcin, afin de s'articuler avec les services de gériatrie du CHUM, et pourra se déplacer dans les autres structures du réseau sur des plages horaires définies, à la demande des partenaires du réseau.

Cette mobilité répond à la circulaire DHOS du 18 mars 2002 qui recommande la création de consultations avancées ayant l'avantage de se trouver à proximité des lieux de vie des personnes âgées donc bien repérées par elles, évitant ainsi toute rupture avec un environnement familial, ce public étant très vulnérable à la perte des repères.

Créer des consultations dans ces établissements permettra aux membres de l'équipe spécialisée d'établir des liens privilégiés et de confiance avec leur personnel soignant, facilitant la rapidité de mise en place

d'un protocole de prise en charge. Elles permettront ainsi de réaliser une prévention au niveau primaire (contenir le processus de vulnérabilité) et au niveau secondaire (dépistage des sujets à risque).

L'organisation de ces activités de liaison devra être formalisée dans le cadre de conventions avec l'ensemble des partenaires, et notamment, par l'adhésion et la participation active au réseau gérontologique départemental.

La configuration actuelle de l'équipe de psycho-gériatrie est adaptée à la prise en charge en hospitalisation.

La création d'une consultation spécialisée et mobile, nécessitera toutefois la mise en place de moyens supplémentaires.



Organiser des consultations de proximité en faveur des séniors : un enjeu majeur à l'échelle du département

Cette équipe spécialisée devra être formée à l'évaluation et la prise en charge de la personne âgée.

A ces moyens humains viennent s'ajouter des moyens logistiques (véhicule dédié pour les transports).

La **création d'une consultation spécialisée mobile**, nécessite la mise en place de moyens adaptés, notamment 1 praticien hospitalier psychiatre formé à la prise en charge des personnes âgées, un mi-temps d'assistant social, 2 infirmiers et 1 ergothérapeute, 1 temps plein de psychologue, ainsi que la mutualisation de l'encadrement et du secrétariat.

POUR SUIVRE L'ACTION EN FAVEUR DES POPULATIONS ERRANTES

L'extension du champ d'intervention de l'EMRIC (Equipe Mobile de Rue d'Intervention et de Crise), devenue EMRI, en 2009, constituait une des orientations du précédent projet d'établissement, pour favoriser la prise en charge d'un plus grand nombre d'exclus et d'errants souffrant de troubles mentaux en les orientant vers les structures de soins adéquates. Ces objectifs ont été globa-

lement atteints grâce à l'action de collaboration mise en œuvre avec le SAMU Social, s'accompagnant d'une montée en charge de l'activité.

Le mode d'intervention de cette structure est fondée sur :

- * le signalement des partenaires sociaux ou administrations

- * la prospection de rue par une action directe auprès de ce public dans le respect

d'un libre consentement de l'individu

- * l'organisation d'espaces de parole, d'écoute et d'échange pour préciser un diagnostic, un bilan, une évaluation, une orientation, voire même un accompagnement psychosocial.

Pour les années futures, il conviendra de :

- Poursuivre le travail de rue
- Faire évoluer le partenariat avec l'ACISE
- Maintenir le réseau de

partenaires déjà connu

- Rencontrer les autres acteurs sociaux d'hébergement pour poursuivre et étendre l'expérience partenariale positive avec l'ACISE
- Assurer la saisie informatique et le traitement des données d'activité
- Formaliser un partenariat avec l'équipe d'addiction gérée par le CHUM
- Formaliser des rencontres régulières avec les CMP.

REPENSER LE DÉCOUPAGE DES PÔLES D'ACTIVITÉ CLINIQUE EN COHÉSION AVEC LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

Les territoires de proximité sont définis en adéquation avec les circonscriptions administratives comme suit :

- Territoire Centre couvrant les communes de Schœlcher, Fort-de-France, Saint-Joseph et Le Lamentin
- Territoire Nord Caraïbe allant de Case-Pilote au Prêcheur
- Territoire Nord Atlantique couvrant les communes du Robert jusqu'à Grand-Rivière
- Territoire Sud (Atlantique et Caraïbe)

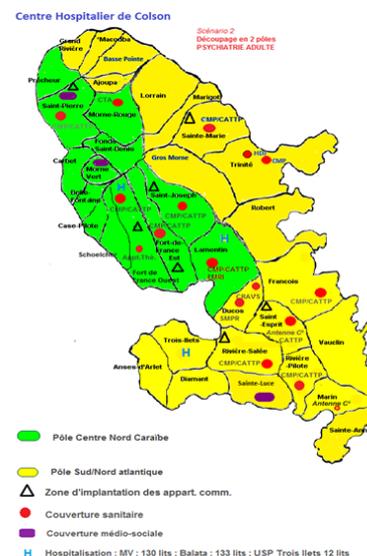
L'intérêt d'un tel découpage, défini par l'ARS réside dans l'homogénéité de la prise en charge en termes de bassins de population (secteur urbain au centre et bassins Sud et Nord Atlantique plus ruraux). De plus, il contribue à un meilleur équilibre en termes de population, contrairement au découpage actuel en 3 pôles d'activité clinique de psychiatrie adulte :

- * Pôle Centre/Nord Caraïbe : 152 600 hab.

- * Pôle Nord atlantique : 86 000 hab.

- * Pôle Sud : 163 000 hab.

Le découpage en 2 pôles favorisera la prise en charge par chacun des pôles, d'une population numériquement quasi équivalente, tout en facilitant la restructuration de l'offre de soins ambulatoires sur les secteurs, conformément aux besoins spécifiques des populations.



RÉORGANISER L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

L'amélioration des conditions d'accueil des patients est un axe majeur du projet d'établissement.

Plus de 40% des structures de soins du CH Colson nécessitent une mise aux normes et le contexte s'avère propice à une étude prospective en matière d'équipements médicaux et de parcours de soins.

Au-delà d'une logique purement comptable, le but des regroupements et relocalisations envisagés est d'améliorer les conditions d'accueil des patients.

Ainsi, et tenant compte des données de l'activité médicale, l'ambulatoire sera reconfiguré

en 9 CMP : 3 au Centre/Nord Caraïbes ; 2 au Nord Atlantique et 4 au Sud.

- 1 CMP/CATTP à Fort-de-France Ouest (Perrinon)
- 1 CMP/CATTP à Fort de France Est par regroupement de celui de Montgérald et Saint-Joseph (nouvelle localisation)
- 1 CMP/CATTP au Nord Caraïbe (Saint-Pierre)
- 1 CMP à Trinité et 1 CMP/CATTP à Sainte-Marie
- 1 CMP/CATTP au Marin par transfert de celui de Rivière-Pilote
- 1 CMP/CATTP au François (nouveaux locaux) avec trans-

fert du CATTP du Saint-Esprit

- 1 CMP/CATTP à Rivière-Salée
- 1 CMP/CATTP au Lamentin

Cette nouvelle articulation reste cohérente avec le territoire de santé tout en respectant la sectorisation. L'accessibilité aux soins doit être dans tous les cas, garantie.

Les modes d'intervention doivent être repensés : au plus près de la population et dans une continuité, par mutualisation des compétences, avec des interventions décloisonnées et une meilleure articulation intra/extrahospitalier.

De nouveaux modes d'intervention doivent être par ailleurs, déployés :

- ◆ Programme d'éducation thérapeutique du patient ;
- ◆ Suivi intensif dans le milieu avec comme objectif le traitement de la maladie dans le foyer en réponse au besoin spécifique des patients qui échappent au mode de fonctionnement des CMP ;
- ◆ Réhabilitation psychosociale.

Un cahier des charges sera défini pour l'ensemble des CMP comme référence commune aux pôles d'activité clinique de psychiatrie adulte, permettant de garantir la continuité et la cohésion entre la prise en charge en ambulatoire et l'hospitalisation, et plus généralement, sur l'ensemble du parcours de soins.

LE CMP DE CRISE, UNE RÉPONSE EN TEMPS RÉEL À LA DEMANDE

La création d'un CMP de crise au Lamentin, ouvert au-delà des horaires d'accueil des CMP et adossé à 10 lits d'hébergement de nuit, est un gage de réussite de la démarche dans laquelle le CH Colson entend s'inscrire : faire des CMP le pivot de la prise en

charge. Il est par ailleurs :

- * une réponse à la volonté d'élargissement des plages horaires d'accueil en ambulatoire,
- * un outil à la disposition de l'ensemble de la population de l'île

- * et une réponse en temps réel à la demande des usagers, avec rétablissement, dès le lendemain, d'un relai sur les équipes ambulatoires des CMP.

Une équipe de nuit sera nécessaire pour faire fonctionner l'unité.

Un CMP de crise adossé à 10 lits d'hébergement de nuit, pour répondre à la demande en temps réel, avec rétablissement dès le lendemain d'un relai sur les équipes ambulatoires des CMP.

LES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION : ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE, APPARTEMENTS COMMUNAUTAIRES

Organisée en fédération depuis juillet 2000, le **DISPOSITIF DE L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE** a fait l'objet d'une évaluation et d'une restructuration courant 2012 pour tenir compte du transfert de gestion de cette activité vers les pôles cliniques et de la modification du statut des accueillants familiaux thérapeutiques à qui les dispositions régissant les agents contractuels de droit public sont applicables depuis la promulgation de la loi HPST et la sortie du décret d'application n° 2010-19 du 6 janvier 2010.

Antérieurement, la fédération AFT, organisée autour d'une cellule unique, était chargée de la gestion des patients et des accueillants familiaux thérapeutiques. L'inconvénient de cette configuration résidait dans l'absence de transversalité et de transparence. Le précédent projet d'établissement faisait déjà état des points faibles du dispositif de par le caractère bicéphale de la

prise en charge Equipe AFT/ Equipe de secteur, dans laquelle le rôle de chacun étant alors mal identifié, occasionnant un parasitage de certaines décisions et une circulation médiocre de l'information.

Les perspectives visaient le recentrage des activités cliniques vers les secteurs, d'où la refonte du dispositif avec le découpage en pôles d'activités cliniques. Un groupe de travail composé des acteurs institutionnels concernés par la problématique s'est réuni et à l'issue de ses travaux, une nouvelle organisation a vu le jour autour :

- D'une activité clinique : organisation de visites à domicile par une équipe référente ; Réunions de synthèses ; Groupes de parole familles/équipe soignante ; Formation des accueillants ; Evaluation de l'intégration du patient
- D'un contrôle institutionnel : constitution d'une commission AFT et mise en place d'une cellule de contrôle (Cellule Psychosociale chargée des enquêtes sociales et des entretiens avec la psycho-

logie du travail)

- D'une gestion administrative au sein de la DRH : gestion des organisations de travail ; Organisation des mouvements et des relais ; Organisation des recrutements : agrément, contrat de travail, gestion des congés.

En fin d'année 2012, 87 patients répartis dans 54 familles, bénéficiaient de ce type de prise en charge.

Une action progressive devra être mise en œuvre dans le futur, pour favoriser le turn-over sur un dispositif déjà fortement sclérosé. La gestion de l'activité au sein des pôles est un premier pas vers cette perspective.

La quête de solution d'orientation mieux adaptées à cette population vieillissante, permettra de répondre plus efficacement à la problématique des durées de prise en charge qui s'allongent dans ce type d'accueil (plus de 10 ans pour certains usagers).

Les **APPARTEMENTS COMMUNAUTAIRES**, s'ils répondent à un axe fort du Plan de Santé Mentale visant à favoriser l'insertion dans le

logement, comme levier de prévention des rechutes et des chronicisations, doivent aussi favoriser un accès à l'autonomie financière des populations vulnérables prises en charge au CH Colson.

En 2012, 10 appartements permettaient l'accueil de 24 usagers.

Les axes d'amélioration devront s'inscrire dans :

- ◇ L'instauration du principe de baux glissants avec les bailleurs sociaux, les usagers, les partenaires de l'accompagnement social lié au logement et ceux du soin
- ◇ L'intégration des usagers dans une démarche responsable et autonome au regard de la participation financière au paiement des loyers
- ◇ La mise en œuvre des procédures administratives visant l'ouverture des droit à l'allocation logement
- ◇ La mise en place d'une expérimentation avec le tissu associatif dans le cadre du dispositif « familles-gouvernantes ».

LES APPARTEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Seul le pôle Centre/Nord Caraïbe dispose de ce type d'équipement : 1 appartement de 12 places situé à Fort-de-France (Cluny).

Il s'agit d'un outil de soins qui permet le passage d'un mode de prise en charge du dispositif de soins du CH Colson vers un processus de resocialisation et de soins pour une durée limitée ne

nécessitant pas la présence permanente des soignants. Elle a une vocation de réinsertion sociale des patients.

Ses fonctions sont multiples : éducatives, réadaptatives, accès à l'autonomisation, fonction d'hébergement, fonction de transition dans un processus de soins, fonction psychothérapeutique.

L'objectif sera dès lors de :

- ◇ pérenniser le dispositif comme alternative à l'hospitalisation complète et outil de la réhabilitation psychosociale ;
- ◇ Prévoir autant que de besoin l'extension du nombre de places et l'élargissement aux autres pôles d'activité clinique.

Fluidifier le parcours de soins en dynamisant les dispositifs ambulatoires et les alternatives à l'hospitalisation complète.

COMPLÉTER LE DISPOSITIF DE SOINS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE D'UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION COMPLÈTE DE 10 LITS

Le dispositif de soin de pédopsychiatrie à la Martinique est constitué par un réseau exclusivement ambulatoire composé de :

- *8 CMP polyvalents et CATTP,
- *d'Hôpitaux de jour dédiés à l'autisme,
- *d'un Centre de Soins pour adolescents,
- *d'une consultation de liaison à Trinité,
- *d'une consultation de liaison à la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant du CHUM,
- *d'une unité d'évaluation diagnostic de l'autisme, le CRAM (Centre de Ressources Autisme de Martinique).

L'absence d'unité dédiée à l'hospitalisation pédopsychiatrique a donné lieu à plusieurs solutions palliatives dont l'hospitalisation en psychiatrie adulte, alternative qui n'est plus acceptable et doit être proscrite car non adaptée et dangereuse.

Avant la création du pôle

unique de pédopsychiatrie en janvier 2013, la psychiatrie infanto-juvénile était organisée en trois secteurs nord, centre et sud. Ce découpage géographique apparaissait cohérent et fonctionnel au regard de la répartition des structures ambulatoires, mais peu satisfaisant s'agissant de l'implantation et de l'évolution des dispositifs de soins intersectoriels (filière Autisme portée par le pôle Centre et le Centre de Soins pour Adolescents rattaché au pôle Sud).

En outre, en l'absence de lits d'hospitalisation dédiés, les enfants et adolescents étaient hospitalisés en pédiatrie ou dans les services adultes du CH Colson. Une équipe de liaison spécifique du Centre de Soins pour Adolescents avait été mise en place pour accompagner l'hospitalisation dans les unités polyvalentes du CH Colson.

Dans le droit fil des orientations du SROS III réaffirmées

dans le nouveau SROS et les axes du PSRS 2012-2016, un projet de création d'une unité d'hospitalisation complète pédopsychiatrique de 10 lits a été validé par la CME du CH Colson le 7 Novembre 2011. Prévue à la cité hospitalière de Mangot Vulcin, l'unité d'hospitalisation complète de psychiatrie infanto-juvénile fait l'objet d'une demande d'autorisation sanitaire formulée en fin d'année 2013.

Cet outil constituera un support essentiel au dispositif de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile.

Il est destiné à la prise en charge des 13/18 ans, présentant des décompensations psychotiques,



troubles de l'adaptation avec risques majeurs de passage à l'acte, troubles de l'humeur et

Une unité d'hospitalisation complète, un outil indispensable au dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile à la Martinique.

L'étude réalisée sur la base des données PMSI du CH Colson du CHUM et du CH Trinité, aboutit à une estimation à 2 759 journées d'hospitalisation prévisionnelles.

états limites. L'unité sera située sur le site de Mangot Vulcin dans les locaux qui lui sont d'ores et déjà dévolus.

RÉORGANISER LA PRISE EN CHARGE PÉDOPSYCHIATRIQUE EN FILIÈRES DE SOINS

L'organisation du pôle de pédopsychiatrie en filière répond à la double nécessité :

- *de conserver la pratique de secteur dont l'efficacité tient à la possibilité d'accès aux soins pour les plus défavorisés ;
- *de déployer l'action des structures intersectorielles sur l'ensemble du territoire.

Quatre filières constituent le pôle : l'ambulatoire ; l'autisme ; les adolescents ;

l'hospitalisation.

La filière ambulatoire restera calibrée à :

- * 8 CMP/CATTP de proximité : Saint-Pierre ; Fort-de-France (Hibiscus et Glacière) ; Lamentin (Acajou) Rivière-Salée ; François ; Robert ; Marigot
- * 1 unité médico-psychologique assurant la liaison auprès des enfants hospitalisés en pédiatrie (MFME) qui remplacera la

psychiatrie de liaison.

Des relocalisations sont à prévoir conformément au projet immobilier, en raison de la vétusté de certaines installations.

Les objectifs organisationnels retenus pour cette filière portent principalement sur : l'harmonisation des pratiques au sein des CMP, la mise en place du dossier médical commun, la formalisation des partenariats à travers la signature de conventions, le renforce-

ment des CATTP tant sur le plan clinique qu'en moyens humains (métiers de la rééducation notamment), la formalisation des relations avec le Réseau (école, SESSAD etc..), la formalisation des partenariats entre filières, la mise en place d'une astreinte de pédopsychiatrie pour une meilleure articulation des filières de soins, la quête de solutions aux problèmes techniques (connexion informatique), la mise à niveau des dotations en matériel informatique.

LA PSYCHIATRIE DE LIAISON À LA MFME ET À L'HÔPITAL DE TRINITÉ

Une activité de liaison est organisée sur deux sites hospitaliers : l'hôpital de Trinité et la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant du CHUM.

Une couverture est assurée, au besoin, du lundi au samedi matin sur le principe de la permanence à tour de rôle par le personnel non médical de l'équipe, ce qui n'est bien sûr pas suffisant.

La proposition d'évolution porte sur l'organisation d'une consultation de pédopsychiatrie avec des horaires de fonctionnement élargis et l'organisation d'un service d'urgence pédopsychiatrique (CHUM) adossé aux services

d'urgences et d'hospitalisation pédiatrique à articuler avec l'hospitalisation pédopsychiatrique du CH Colson à Mangot Vulcin.

◇ Les objectifs cliniques : évaluation psychologique aux urgences, consultations des enfants hospitalisés en pédiatrie MFME, orientation en structures extrahospitalières

◇ Les soins : actions de soins ambulatoires de courte durée, prévention primaire secondaire et tertiaire (éducation thérapeutique), interactions avec les autres institutions et services de l'enfance (prise en charge

coordonnée), enseignement et formation des professionnels.

Un temps plein de pédopsychiatre est nécessaire.

Une astreinte spécialisée de pédopsychiatrie à laquelle participeront les pédopsychiatres du pôle (toutes filières confondues) nécessitera une dotation spécifique.

L'aménagement du secrétariat avec un espace dédié est à prévoir ainsi que l'actualisation de la convention CH Colson/CHUM.

La consultation de liaison à Trinité consiste en :

- activité clinique de consultation au lit de l'enfant (20 lits

de pédiatrie et 4 lits de néonatalogie),

- sensibilisation des soignants des soins généraux aux aspects psychologiques de leur activité.

Les soins pour l'essentiel sont constitués de consultations pédopsychiatriques, d'accueil de familles en difficulté, de groupes thérapeutiques, de visites à domicile, d'intervention à la demande de l'équipe de pédiatrie.

Il conviendra d'actualiser la convention avec le CHUM et organiser le recueil de l'activité de liaison.

LA FILIÈRE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Elle sera constituée de :

- l'hospitalisation programmée (10 lits), développée plus haut.,

Une convention pourra être signée avec les services de pédiatrie pour organiser la couverture des soins somatiques ou des vacances peuvent être envisagées avec des médecins de ville sensibilisés à la pédiatrie.

- la consultation d'admission (évaluation pré-hospitalisation),
- et l'accueil familial thérapeutique.

S'agissant de l'AFT, une extension à 5 places est à prévoir (l'établissement dispose d'une autorisation de 10 places) contre 2 actuellement, avec une mise à niveau des effectifs ainsi qu'un planning de rencontres institutionnelles et cliniques.

La mise à disposition d'un véhicule

dédié à l'AFT est à envisager compte tenu des nombreux déplacements et visites à domicile nécessaires.

Un ajustement des moyens humains, matériels et organisationnels est nécessaire pour coordonner l'action des filières d'hospitalisation et dynamiser le parcours de soins du public suivi en pédopsychiatrie.

LA FILIÈRE AUTISME : LE CRAM ET LE GIR-HAD

Cette filière est un maillon essentiel pour des actions aussi complexes et spécialisées que : le dépistage, le diagnostic précoce, le soutien aux familles, l'accompagnement thérapeutique, et l'insertion scolaire et professionnelle des personnes souffrant de troubles du spectre autistique.

La Filière Autisme est composée :

- ◇ du CRAM (Centre de Ressources sur l'Autisme de Martinique) ;
- ◇ du GIRHAD (Groupement d'Intervention en Réseau,

Hospitalisation à Domicile).

- ◇ De l'hôpital de jour pour enfants autistes composé de deux unités : l'Hôpital de jour de Cluny pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans ; l'hôpital de jour de Balata pour les enfants de 6 à 12 ans.

Elles font partie d'un réseau territorial global et fonctionnent en étroite collaboration avec d'autres acteurs locaux :

- équipes des CMP pédopsychiatriques,
- acteurs du champ médico-social (IMP, IME, IMPRO,

CMPP, SESSAD, CAMSP..),

- professionnels libéraux et hospitaliers (médecins et paramédicaux),
- services spécialisés du Rectorat de la Martinique (travail d'intégration des enfants en milieu scolaire).

Les évolutions attendues :

Le CRAM :

- Développement du volet formation et information (comme prévu par les circulaires ministérielles récentes)
- Sa mission diagnostic doit

être réservée exclusivement aux cas complexes.

Une action de formation destinée aux professionnels du terrain doit être menée afin de transmettre des outils diagnostics au plus grand nombre de professionnels concernés. Il s'agit bien naturellement des CMP mais aussi du CAMSP départemental qui a bien évidemment une mission diagnostic précoce confirmée et renforcée par la législation récente.

Le GIR-HAD : créé en 2008 compte 10 places.

Ses missions :

LE GIR-HAD, SES MISSIONS ET LES ÉVOLUTIONS

- apporter un soutien adapté à la famille et à son environnement relationnel tout en restant dans une dynamique de soins intensifs avec comme objectif la limitation du handicap par la stimulation en bas âge ;
- assurer, à travers le travail en réseau, la prévention primaire et secondaire de la stigmatisation attachée à l'autisme.

Les interventions sont organisées dans les milieux de vie de l'enfant.

Le projet médical prévoit le passage à 30 places de

cette structure pour favoriser la prise en charge de 60 enfants au lieu de 20 actuellement.

Pour ce faire, un ajustement des moyens matériels, humains et organisationnels est essentiel :

- ◇ dotation de chaque secteur territorial (Centre, Nord et Sud) d'une équipe dédiée (constituée de 2 binômes),
- ◇ allocation de moyens de transport,
- ◇ temps de coordination hebdomadaires entre les

équipes,

- ◇ outils de soins (outil de structuration de l'environnement, plateforme internet, consoles mobiles).

Il faut préciser que plus d'une soixantaine d'enfants est suivie en ambulatoire par manque de places en hôpital de jour, d'où le projet d'augmenter la capacité de ce dispositif de prise en charge précoce, qui permettra en outre son déploiement sur l'ensemble du territoire.

Augmentation de la capacité du GIR-HAD et passage de 10 à 30 places pour favoriser l'accueil de 60 enfants souffrant de trouble du spectre autistique.

LES HÔPITAUX DE JOUR EN APPUI DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE CHEZ L'ENFANT

Le maintien à 30 places de la capacité des hôpitaux de jour du CH Colson est retenu. Toutefois, il convient de revoir la tranche d'âge du public accueilli par le pôle de psychiatrie infanto-juvénile, pour tenir compte des récentes évolutions en termes de prise en charge régionale sur le volet de l'autisme.

Le projet médical du CH Colson prévoit en effet l'accueil des enfants âgés de 2 à 10 ans, les plus âgés

étant orientés vers les SES-SAD, tenant compte du projet d'ouverture de 30 places supplémentaires sur ce type de structure.

Ainsi les hôpitaux de jour de Cluny et de Balata de 15 places chacun, qui accueilleraient jusqu'ici les 2-6 ans (HDJ Cluny) et les 7-12 ans (HDJ Balata), s'orienteront vers la prise en charge des enfants âgés de 2-10 ans.

Le choix de concentrer la prise en charge sur cette population répond en outre,

à la nécessité de réduire la liste d'attente des hôpitaux de jour.

Notons que la création de 30 places en SESSAD est prévue pour la Région pour l'accueil spécifique des plus de 10 ans, ainsi que 10 places pour les plus de 20 ans.

Les SESSAD semble en outre mieux adaptés à la prise en charge dans cette tranche d'âge, car mieux organisés (en termes de réseau et de moyens) pour

favoriser l'évolution des jeunes autistes à un moment repéré comme « critique » dans la maladie autistique (10-12 ans).

Ce choix du pôle de pédopsychiatrie se justifie donc par l'apport d'une réponse plus adéquate et mieux structurée sur le plan régional, pour un public plus âgé.

LA FILIÈRE ADOLESCENTS

Un hôpital de jour, prévu depuis 2008, est indispensable pour compléter cette filière de soins. Il sera mis en œuvre par transformation des locaux du Centre de Soins pour Adolescents situé à Acajou au Lamentin, comme déjà envisagé dans le précédent projet d'établissement.

Si les locaux actuels ne permettent pas pour l'instant une structuration en hôpital de jour, en revanche, l'implantation géographique est un avantage du fait de la proximité du CMP. Le projet

immobilier devra intégrer cette exigence dans un souci d'accessibilité aux soins.

Cet outil sera destiné à la prise en charge des mineurs à partir de 13 ans, avec comme objectifs :

- ◇ évaluation et diagnostic en vue d'une admission,
- ◇ observation clinique et offre d'un cadre contenant aux symptômes,
- ◇ prise en charge par une équipe pluri-professionnelle pour des soins institutionnels,
- ◇ accompagnement pédagogique,

gique,

- ◇ travail avec les familles,
- ◇ réinsertion scolaire et sociale,
- ◇ travail avec les partenaires multiples intervenant dans la vie de l'adolescent.

Avec ce nouvel outil qu'est l'hôpital de jour, la filière comprend en outre :

- ◇ une équipe de liaison
- ◇ une consultation spécialisée adolescents : CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie).

S'agissant du CSAPA, un élargissement de la zone d'intervention au Nord Caraïbe (Saint-Pierre) a été opéré en 2012 avec une réorganisation du dispositif.

Les besoins matériels et humains de cette filière devront être mis à niveau pour permettre de répondre efficacement à la demande (mise aux normes des locaux, moyens de transport adaptés, postes d'éducateur spécialisé, de psychologue ou neurologue, d'enseignant polyvalent et intervenants extérieurs).

LE PROJET DE SOINS 2014-2018

Le projet de soins est défini selon les travaux de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, comme étant « l'un des socles constitutifs du projet d'établissement au même titre que le projet médical et que le projet social ».

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche.

Composante du projet d'établissement, le projet de soins précise les objectifs de soins au regard des orientations médicales et de la politique de l'établissement. »

Il se fonde notamment sur : le cadre législatif et réglementaire en vigueur, le manuel de certification V2010, les décrets de compétences, les référentiels métiers des personnels paramédicaux.

Le projet de soins construit pour les 5 prochaines années intègre :

- *Les droits de la personne malade, de la famille, des aidants naturels, les cadres d'exercices professionnels,
- *L'Organisation générale de l'établissement
- *Les Droits des Patients,
- *La Nouvelle gouvernance,
- *L'Organisation territoriale de santé,
- *La Certification,
- *L'Evaluation des pratiques professionnelles,
- *Le RIM-Psy,
- *Le Plan de retour à l'équilibre financier,
- *La Réingénierie des diplômés des paramédicaux,
- *Les nouveaux métiers
- *L'épanouissement professionnel des agents
- *Les contrats et les projets de pôles cliniques
- *La transversalité au sein des pôles cliniques pour faciliter une approche décloisonnée et constructive au service des patients et de la communauté
- *L'Intégration des travaux

inhérents aux Commissions : CLIN, CLAN, CLUD, CSIRMT,

- * Les innovations professionnelles
- * Les recommandations des sociétés savantes et l'engagement de l'établissement dans la démarche d'assurance qualité
- * La politique de soins
- * L'articulation avec les projets transversaux d'établissement

Le projet de soins est en outre l'opportunité pour les professionnels de partager leurs représentations des soins.

Parmi les orientations stratégiques retenues pour 2014-2018 :

- ◆ Assurer la prise en charge coordonnée des patients et des usagers accueillis dans l'établissement de santé.
- ◆ Garantir la qualité, la sécurité et la cohérence des prises en charge tout en affirmant les valeurs institutionnelles et professionnelles.
- ◆ Mettre en valeur des multi-compétences, dans une démarche de complémentarité, de cohésion d'équipe, au service de la personne malade.
- ◆ Impulser la dispensation adaptée, personnalisée et coordonnée des soins de toute nature aux usagers, tout en affirmant aux professionnels des conditions de travail optimales et des moyens inhérents au développement professionnel continu.
- ◆ Optimiser la gestion des lits et places.
- ◆ Identifier les chemins cliniques des patients et les parcours simples des résidents.

Neuf orientations stratégiques ont été déclinées sous forme de fiches techniques ; elles portent sur :

- ◇ La Politique générale des soins
- ◇ L'accueil en ambulatoire
- ◇ L'accueil spécifique ou les prises en charges particulières lors des hospitalisations

◇ Les réseaux de soins d'insertion et de réinsertion

◇ L'accueil et l'encadrement des étudiants en stage

◇ L'accueil et l'accompagnement des professionnels et le développement du professionnalisme

◇ L'accompagnement spécifique de l'encadrement/Positionnement

◇ La recherche/Les axes de progrès

◇ L'évaluation, le suivi du projet de soins.

De manière synthétique, les actions porteront sur plusieurs volets :

- * **accueil de l'usager et de sa famille** : amélioration du parcours de soins, confidentialité de l'accueil, réponse adéquate à chaque nouvelle demande, réduction des délais de rendez-vous avec l'infirmier d'accueil
- * **communication et information** : démystification de la maladie mentale à travers une information de la population sur les troubles psychiatriques et les moyens de les soigner ; communication des outils de soins ; identification des professionnels ; coordination des actions des différentes spécialités médicales, soignantes, sociales ; facilitation du repérage des partenaires extérieurs ; amélioration de la diffusion de l'information
- * **la bientraitance et la lutte contre la maltraitance** : réflexion éthique, identification des situations à risque, analyse des causes, espaces de parole, évaluation des pratiques, formation, prévention, mesures favorisant le respect de la dignité et de l'intimité du patient
- * **adaptation des locaux** : pour garantir la confidentialité, favoriser l'accès à un interlocuteur privilégié ; améliorer la signalétique, normes de sécurité
- * **actions de prévention, d'éducation, d'accompagnement des soins** : recueil de données (entretien du patient et de son entourage),

activités socio thérapeutiques individuelles ou de groupe, création, maintien de l'alliance thérapeutique, campagnes d'information en direction de la population

* **promotion des réseaux de soins d'insertion de réinsertion** : signature de contrats locaux de santé mentale (CLSM), identification des intervenants, réactivité des interventions,

* **articulation avec les structures d'hospitalisation en psychiatrie et en soins généraux** : réactualisation des conventions, transmissions, protocoles d'admission et de sortie

* **prévention et gestion des risques liés aux soins** : iatrogénèse médicamenteuse (renforcer la maîtrise des risques liés aux médicaments) ; prévention de la violence, hygiène (sensibilisation, formation, information, prévention)

* **prise en charge de la douleur somatique** : outils d'évaluation, formation, mise en place d'infirmiers référents

* **nutrition** : Systématiser l'intervention du diététicien dans la prise en charge de la personne soignée

* **coordination des interventions pluri-professionnelles** : dossier partagé, harmonisation des pratiques professionnelles

* **place de la famille dans le projet de soins** : implication des familles dans la prise en charge, groupes de parole ..

* **organisation de l'accueil des familles dans le cadre des visites** : lieu dédié aux visites, règles de vie

* **dossier patient informatisé** : déploiement

* **traçabilité** : transmissions ciblées, réunions de synthèse, uniformisation des supports

* **droits et devoirs des usagers et de leur famille** : mise à jour du livret d'accueil, du règlement intérieur des unités de soins

* **liberté d'aller et venir** : information des usagers, charte du patient hospitalisé

* **soins palliatifs** : mise en place d'une organisation permettant l'accompagnement du patient en fin de vie

LE PROJET DE SOINS 2014-2018... suite

- ***articulation avec les structures ambulatoires** : assurer la continuité de la prise en charge, renforcer la collaboration avec les acteurs de ville, éviter le recours à l'hospitalisation et l'embolisation des unités, favoriser le maintien à domicile.
- ***articulation avec les structures du champ social et médico-social** : améliorer le parcours de soins de la personne accueillie, identifier les chemins cliniques.
- ***patients en rupture de soins** ou perdus de vue dont l'état de santé reste préoccupant : rechercher le soutien des structures de la ville, maintenir l'alliance thérapeutique, mettre en place une équipe mobile de prévention.
- ***accueil et encadrement des stagiaires** : formaliser l'engagement et les attentes des interlocuteurs impliqués dans l'accueil et l'encadrement des stagiaires ; participer à la valorisation de l'image de l'établissement et promouvoir l'identité professionnelle.
- ***développement du professionnalisme** : développement du tutorat, adaptation des pratiques professionnelles, développement des nouveaux métiers, poursuite des actions dans le cadre de la consolidation des savoirs en psychiatrie, faire respecter les droits et devoirs des professionnels, adaptation des formations aux besoins individuels et collectifs
- ***accompagnement spécifique de l'encadrement** : Intégrer la valeur « respect de l'autre » dans les actions et activités. ; prévenir les risques psychosociaux et développer une dynamique institutionnelle de bienveillance managériale, favoriser la mobilité jour/nuît et intra-extra hospitalier
- ***déclinaisons des mesures du plan de retour à l'équilibre** : décliner les mesures au sein des pôles ; former à la gestion financière et médico-économique
- ***prévention et gestion des conflits** : Identifier et prévenir les sources de conflits, identifier les différents acteurs ; améliorer les conditions de travail ; accompagner le changement de culture des cadres ; améliorer les échanges et unifier la vision des situations ; résoudre les situations de conflits déclarés
- ***plan de formation adapté aux soins** : développer ou maintenir les compétences ; professionnaliser les pratiques.
- ***recherche/axes de progrès** : mettre en place un comité de recherche ; valoriser les pratiques professionnelles.

**Un projet de soins
partagé, organisé
dans une démarche
pluri-professionnelle
et transversale**

LE PROJET DE PSYCHOLOGIE 2014-2018

Le projet de psychologie d'établissement se fonde sur :

- *une réflexion collective des psychologues,
- *les travaux réalisés en 2012 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé relatifs à l'expérimentation d'une nouvelle structuration des Psychologues de la Fonction Publique Hospitalière tant au niveau de leur organisation qu'au niveau de leur implication dans leur institution,
- *La réactualisation en février 2012 du Code de déontologie des Psychologues de mars 1996.

Il s'inscrit dans les orientations du SROS 2011-2016 dans le domaine stratégique de la santé mentale qui préconise trois priorités :

- ◆ améliorer et développer le dispositif de prise en charge dans le champ de la santé mentale ;
- ◆ inscrire la santé mentale dans les objectifs de promotion de la santé pour faire évoluer les représentations et les pratiques ;
- ◆ renforcer les droits des malades et de leurs familles.

Il s'inscrit en outre dans une démarche institutionnelle visant à renforcer les missions des psychologues. Cette politique a été amorcée en avril 2004 par la création du Collège des psychologues et en juin 2013 par l'inscription de l'établissement dans l'expérimentation.

Le CH Colson comptait 47 psychologues cliniciens en 2013, tous services confondus.

Leur répartition est organisée sur la base du projet médical, des pôles d'activités cliniques et de la politique de soins.

Le Projet de Psychologie vise à instaurer une représentation de la profession dans l'institution garantissant la prise en compte de la dimension Psychologique à différents niveaux (Projet d'Établissement et Projets de Pôle) et adaptée à l'exercice des psychologues et de la Psychologie.

L'objectif est le décloisonnement et l'unification des actions et procédures menées sur les pôles cliniques. Pour cela l'harmonisation des interventions des psy-

chologues ainsi que la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire sont essentielles.

La pratique des psychologues au sein de l'établissement a d'ores et déjà permis de favoriser les actions suivantes qui devront être renforcées :

- *Le soutien aux équipes (qui va de l'accompagnement, au travail essentiel de la relation soignante en psychiatrie)
- *L'investissement dans les missions de régulation
- *Des actions d'encadrement structurées des étudiants en stage
- *La participation à des actions de formation
- *L'implication dans les Projets de service et Projets de Pôles
- *La participation aux instances consultatives de l'établisse-

LE PROJET DE PSYCHOLOGIE 2014-2018

ment : Comités de pilotage du Tutorat Infirmier, du Projet d'Établissement, «Journées de soins et des pratiques infirmières», «douleur», CSIRMT, EPP «Education Thérapeutique», Groupe de Travail «Qualité- Accréditation» ...

*Faciliter la participation des psychologues à la fonction « formation information recherche » en cohésion avec les projets de service.

Certains domaines restent à améliorer :

* le lien et le travail inter-unités fonctionnelles d'un même Pôle,

* le lien et le travail inter Pôles,

* l'analyse des pratiques au sein des équipes,

* la nécessité de supervisions axées sur le travail institutionnel,

* la contribution aux démarches qualité : optimisation et pérennisation des actions menées par l'hôpital.

Perspectives globales du projet de psychologie 2014-2018 :

◆ Confirmer et renforcer les missions des psychologues

◆ Renforcer les approfondissements nécessaires et complexes de la psychopathologie et acquérir ou développer des modèles de pratiques pragmatiques

◆ Harmoniser les interventions des psychologues et la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire

◆ Favoriser l'implication des psychologues dans les instances institutionnelles

◆ Favoriser la participation des psychologues à la procédure de notation : mise en place, en lien avec la Direction des Res-

sources Humaines, d'une grille d'évaluation adaptée à la profession

◆ Renforcer les formations individuelles et collectives

◆ Mettre à niveau les effectifs des psychologues notamment sur le volet de la prise en charge de la personne âgée vieillissante (gérontopsychologue) et le secteur médico-social

◆ Mettre en place un mode de recueil informatisé de l'activité des psychologues.

LE PROJET MÉDICO-SOCIAL 2014-2018

Le secteur Médico-social du Centre Hospitalier de Colson se compose de :

2 Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) au Nord de la Martinique :

◆ Un FAM « **Résidence Surcouf** » sis à Saint-Pierre qui bénéficie, par arrêté du 07 Janvier 2010 d'une autorisation de création de 60 places. Néanmoins, à l'issue de la visite d'inspection de l'ARS du 27 Juillet 2010, la décision a été prise de réduire momentanément cette capacité d'accueil à 56 places.

◆ Un FAM « **Résidence Bel Air village** », sis au Morne Vert, ayant une autorisation de création de 44 places, par arrêté du 29 Juin 2010.

1 Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de 65 places répartie sur deux sites :

◆ La MAS de « **Saint-Pierre** » qui bénéficie d'une autorisation de création de 50 places conformément à l'attestation de conformité du 15 Juillet 2010.

◆ La MAS de « **Sainte Luce** »

qui accueille 15 résidents, et qui fait l'objet actuellement d'un projet de transfert d'activités sur la commune de Sainte-Anne, au lotissement Beaugard, et d'un projet d'extension de 10 places supplémentaires.

2 services : le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Centre Ressources Autisme (CRA), gérés par le pôle de Pédopsychiatrie.

Le projet du secteur Médico-social 2014-2018, est le premier projet de cet ordre pour le CH Colson.

Il vient marquer l'évolution de l'offre de soins et d'hébergement au sein de cet établissement, qui a su adapter ses moyens aux besoins nouveaux de patients souffrant de pathologies au long cours, et en inadéquation d'hospitalisation.

Le projet du secteur Médico-social a pour référence réglementaire la loi du 02 janvier 2002 qui confirme l'obligation d'élaborer un projet d'Établissement pour les structures relevant du Médico-social.

Les actions retenues dans ce projet sont également tournées vers la préparation des équipes et des organisations, l'auto évaluation des pratiques professionnelles, au regard de la visite d'accréditation, certification prévue en 2014.

Ce projet se construit à partir d'orientations stratégiques, fédérant les différentes structures du secteur Médico-social (FAM, MAS et EHPAD psychiatrique) et mettant en exergue :

*La politique sociale, médico-sociale et sanitaire,

*La prise en charge coordonnée des résidents, de leurs familles, des aidants naturels

*Le projet de vie

*Le projet de soins

*Le dossier de soins et de vie du résident

*L'accueil, l'accompagnement des professionnels, le développement des compétences

*L'adaptation des pratiques professionnelles aux nouveaux modes de tarification

*L'accueil et l'encadrement des étudiants en stage

*Les projets immobiliers

*La recherche

*L'évaluation du projet Médico-social

Le projet médico-social 2014-2018 décliné en fiches-actions portera sur les grands axes suivants :

◆ Respect des droits des résidents, et de leurs familles, des aidants naturels

◆ Mise en œuvre et animation des outils requis par la Loi de 2002

◆ Impulsion de la démarche d'accréditation/certification

Optimiser les ressources, en respectant, dans la déclinaison architecturale des projets, les règles de fonctionnement liées aux projets de vie et de soins.

LE PROJET MÉDICO-SOCIAL 2014-2018... suite

- ◆ Développement des compétences/épanouissement des professionnels
- ◆ Articulation entre les structures du secteur Médico-social et les structures du sanitaire.

Les orientations stratégiques du projet médico-social ont fait l'objet de fiches techniques sur la base d'objectifs, de plans d'actions, en lien avec les projets médicaux et les références réglementaires et sont résumées dans les grands axes suivants :

Articulation des structures du CH Colson

1-Au sein du secteur médico-social et du Réseau

L'objectif est de :

- * identifier le parcours simple des résidents,
 - * promouvoir l'accueil et l'hébergement,
 - * optimiser la gestion des places.
- L'articulation interne est organisée via les instances suivantes :
- Commission d'admission,
 - Commission de régulation

et de suivi des conditions de séjour des résidents,

- Conseil de la Vie Sociale, Groupes d'expression des résidents,
- Commission menus,
- Réunion mensuelle de convergence,
- Comité de pilotage certification

Une coordination sera à structurer avec les Hôpitaux locaux de la Région et les réseaux de santé par la signature de conventions.

2-Au sein des structures sanitaires

L'objectif est de :

- * identifier les chemins cliniques
- * promouvoir les prises en charge
- * optimiser la gestion des lits et des places

Projet de vie :

- * Établir une prise en charge individualisée des résidents
- * Renforcer les droits des malades et des familles
- * Établir une traçabilité dans le respect de la notion de personne en situation de fragilité mais dotée de capa-

cités

- * Créer un cadre facilitant l'expression des attentes
- * Mobiliser l'équipe pluridisciplinaire autour d'un projet pour l'usager

Projet de soins - mise en place d'actions de prévention

: sensorielle, des troubles nutritionnels, de la régression locomotrice et des escarres, des chutes, de la douleur, vaccinale et nosocomiale, prévention de l'isolement relationnel et de ses conséquences psychologiques, de la maltraitance, etc ...

Accueil et accompagnement des professionnels, développement des compétences

- * Identifier les leviers utiles au développement des compétences
- * Promouvoir l'accompagnement des professionnels dans leur mission
- * Améliorer les pratiques professionnelles et la qualité des prestations

Dans le domaine de la recherche, les objectifs poursuivis sont la mise en place d'un comité de recherche et la

valorisation des pratiques professionnelles.

Un comité recherche sera organisé (recensement des thématiques-projets, priorisation, désignation d'un représentant par structure).

S'agissant de la valorisation des pratiques professionnelles, une Journée annuelle des acteurs de soins sera organisée.

Le projet immobilier visera pour les années futures à :

- * Rechercher une optimisation des ressources
- * Regrouper sur un site unique le FAM de Surcouf (Saint Pierre) et celui du Morne Vert
- * Porter à 60 places effectives le FAM de Surcouf
- * Respecter dans sa déclinaison architecturale, les règles de fonctionnement liées au projet de vie et de soins.
- * Favoriser l'extension de la MAS de Sainte-Luce à 10 places supplémentaires pour un hébergement total de 25 places à temps complet.
- * Transférer les activités de la MAS de Sainte-Luce dans les locaux de Sainte-Anne au lotissement Beauregard.

FAVORISER LE BON USAGE DU MÉDICAMENT

La Pharmacie du Centre Hospitalier de Colson a été transférée le 11 Décembre 2012 à la cité hospitalière de Mangot Vulcin pour constituer avec l'hôpital du Lamentin une PUI unique sur le site.

Les missions du département CH Colson de la PUI sont principalement :

- * la gestion des produits pharmaceutiques
- * l'approvisionnement en produits pharmaceutiques
- * la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux (DM)
- * l'assurance-qualité
- * les vigilances
- * la sécurisation du circuit pharmaceutique

- * l'information
- * les actions sur le bon usage du médicament.

La politique du service pharmacie est d'assurer une qualité optimum du service rendu dans la participation à la prise en charge globale du patient dans le respect des contraintes budgétaires et réglementaires. Cet objectif passe par la mise en place d'un système d'assurance de la qualité et l'optimisation du fonctionnement interne du service.

La pharmacie participe à d'autres missions : activités d'hygiène ; activités transversales de gestion des risques ; certification.

Les objectifs poursuivis dans le cadre du projet d'établissement pour les

années à venir sont principalement :

- Renforcer la présence pharmaceutique dans les services de soins ;
- Doter l'ensemble des structures médico-sociales du logiciel « Pharma » permettant la prescription informatisée et l'analyse pharmaceutique de la prescription, le suivi des dotations ;
- Sécuriser le circuit des produits de santé entre les unités de soins et la pharmacie en développant la dispensation individuelle nominative, la préparation des doses et des piluliers, assurer leur traçabilité y compris dans les structures médico-sociales ;
- Répondre aux attentes des

professionnels de santé en matière d'information sur les produits de santé et animer le groupe de travail infirmiers et pharmacie afin d'améliorer les pratiques.

- Sensibiliser les profes-

Assurer une qualité optimum du service rendu dans la participation à la prise en charge globale du patient et dans le respect des contraintes réglementaires.

FAVORISER LE BON USAGE DU MÉDICAMENT... suite

- sionnels à l'erreur médicamenteuse ;
- Instaurer un comité de retour d'expérience (CREX) permettant un signalement et un traitement de l'erreur en portant au niveau stratégique et opérationnel la démarche qualité et la gestion des risques ;
- Participer à la mise en place du projet de l'éducation thérapeutique des patients ;
- Apporter l'expertise pharmaceutique dans les procédures d'achat et la logistique des produits de santé ;
- Optimiser l'approvisionnement et la gestion des stocks ;
- S'engager dans une démarche continue de formation professionnelle ;
- Optimiser la performance des activités pharmaceutiques ;
- Assurer la qualité et l'évaluation de toutes les pratiques pharmaceutiques ;
- Poursuivre l'investissement dans les activités transversales de l'hôpital : CLIN, CLAN, CLUD, CE, CME, accréditation, gestion des risques, Commission de la permanence des soins, commission des soins somatiques, .. etc.

S'INSCRIRE DANS UNE DÉMARCHÉ DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

Les conclusions de la dernière visite de certification (V2007) faisaient état de 2 réserves majeures (16a et 16b) portant sur la sécurité des bâtiments, des installations et des équipements et la prévention du risque incendie.

Parmi les réalisations sur ces deux volets, on peut citer la mise en conformité des installations électriques dans les locaux à sommeil notamment les Pavillons Charcot, Pinel, Cabanis, la Gérontopsychiatrie, Magnan et Morel.

En outre, le transfert en décembre 2012 de 130 lits dans les locaux neufs de Mangot Vulcin, a permis de répondre partiellement à la problématique de l'accueil hôtelier.

Par ailleurs, plusieurs formations ont été organisées de février à juillet 2012 sur la prévention du risque incendie en faveur des professionnels en vue du transfert partiel ; le déploiement des programmes de formation se poursuit sur l'ensemble des sites.

S'agissant des recommandations (V2007) de la Haute Autorité de Santé, les objectifs ont été partiellement atteints :

- * **Cartographie des risques** : la liste des risques a priori a été établie. Il reste à élaborer la cartographie des risques à postériori en se basant sur les événements

indésirables déclarés, les plaintes recensées et confronter la liste des risques a priori avec la liste des risques avérés dans les pôles d'activité clinique.

- * **Hygiène** : la délocalisation partielle de l'activité sur le site de Mangot Vulcin a permis d'améliorer la gestion du linge (identification d'un local à linge sale dédié).

L'actualisation des protocoles de la fonction linge et la mise en place de nouvelles fiches de traçabilité est en cours. La formation RABC (IDE-Aide-Soignant-ASH-Cadres) a été reconduite.

Des solutions restent à trouver sur le site des Trois-Ilets quant au circuit des déchets non redéfini en raison de contraintes architecturales.

- * **Permanence de l'accueil** : les urgences sont gérées en lien avec le CHUM (porte d'entrée unique des urgences psychiatriques). Les orientations sont organisées avec le médecin régulateur du CH Colson, vers les unités de soins de Mangot Vulcin pour la prise en charge des pathologies aiguës. Cette organisation a permis de réduire significativement le délai de réponse aux demandes d'admission. Toutefois, il reste à résoudre de façon pérenne les problèmes de transport du CHUM vers le site de Mangot

Vulcin, qui par ailleurs rallonge le temps d'accueil du patient en unité d'hospitalisation.

- * **Procédures d'accueil en urgence** : une convention de coopération entre CHUM/CH Colson a été signée. Il reste à formaliser à travers une convention, la couverture des urgences somatiques.

- * **Prévention des chutes** : une nouvelle fiche d'analyse des chutes a été validée en COVIRIS. Des sessions de formation sur la prévention des chutes ont été réalisées en 2012 et en septembre 2013 et devront se poursuivre.

- * **Prise en charge de la douleur** : le dispositif est structuré mais n'est pas encore mis en œuvre. Des formations ont été réalisées à ce titre, et se poursuivront en 2014 pour sensibiliser le plus grand nombre de personnels. Le déploiement de la politique liée à la prise en charge de la douleur est prévu en 2014.

- * **Analyse des événements indésirables liés aux médicaments** : une politique de gestion de ces événements indésirables existe et a fait l'objet de séances d'information en novembre 2013 auprès des équipes de soin.

L'établissement a fait l'acquisition en fin 2013 d'un logiciel de gestion des événements

indésirables. Son déploiement est en cours et sera finalisé en 2014.

- * Une convention existe entre le CH Colson et le CH Lamentin pour la prise en charge et le traitement des **analyses biologiques**. Les examens d'imagerie et d'exploration sont sous-traités avec le CHUM. La procédure devra faire l'objet d'une évaluation.

- * **Une charte d'utilisation du système d'information** a été réalisée et diffusée auprès de l'ensemble du personnel dans le cadre d'une journée d'information en 2013, et des plaquettes d'information ont été distribuées aux personnels.

- * **Implication du patient** : un projet d'éducation thérapeutique est en cours et intégré

UN PROGRAMME D'ACTIONS ET UNE LISTE DE CRITÈRES PRIORISÉS ONT ÉTÉ VALIDÉS EN COMITÉ DE PILOTAGE QUALITÉ ET PAR LES INSTANCES DE L'ÉTABLISSEMENT

LA DÉMARCHE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES ..suite

aux projets de pôle. Des sessions de formation ont été réalisées et d'autres sont prévues en 2014. Un groupe de travail dirigé par un médecin psychiatre sur l'évaluation des pratiques professionnelles portant sur l'éducation thérapeutique est en place en vue de la structuration de la démarche.

* **Le suivi des vigilances réglementaires et des alertes ascendantes et descendantes** : des correspondants locaux ont été désignés

* le niveau d'engagement de l'établissement dans une stratégie **d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques** : l'établissement a nettement amélioré ses scores pour atteindre le niveau A de cotation/Source PLATINES

* **la formation des nouveaux prescripteurs** au bon usage des antibiotiques est organisée dès la prise de fonction.

Ces réalisations restent toutefois insuffisantes et des actions d'envergure devront être déployées pour contribuer à l'atteinte des objectifs de qualité et de sécurité des soins.

L'objectif stratégique prioritaire est de garantir la sécurité des soins et améliorer la qualité des pratiques au sein de l'établissement.

Les contrats de pôle signés en fin 2013 prévoit la contractualisation avec les pôles cliniques sur des objectifs de qualité et de sécurité des soins avec des indicateurs de suivi. Ils font l'objet d'une déclinaison dans le plan qualité de l'établissement.

L'appropriation d'une culture qualité passe par une dynamique d'auto-évaluation, qui doit s'organiser à la lumière des obligations réglementaires liées aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, et aux recommandations de bonnes pratiques.

Les objectifs prioritaires suivants ont été repérés pour les 5 ans à venir :

Management de la qualité et de la sécurité des soins :

* Suivi des indicateurs définis dans les contrats de pôle.

* Identification de correspondants locaux sur les vigilances.

Amélioration de la qualité des soins (améliorer les scores sur les volets suivants) :

* Tenue du dossier patient

* Traçabilité de l'évaluation de la douleur

* Dépistage des troubles nutritionnels

* Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

Sécurité des soins : Améliorer la maîtrise globale du risque infectieux

La mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène est indispensable à la poursuite de l'action de coordination avec les référents en hygiène au sein des différents services. Un poste de médecin et 1 poste d'infirmier hygiéniste sont nécessaires pour compléter le dispositif.

Usagers

* Dynamiser le fonctionnement de la CRU (Commission des Relations avec les Usagers)

* Mesurer la satisfaction des patients hospitalisés conformément à l'instruction DGOS/PF2/2013/73 du 27 février 2013.

Lutte contre les infections associées aux soins

* Atteindre les ratios de personnel de l'EOH

* Améliorer les scores de l'établissement (ICALIN 2 : 041-043-M11-M12).

* Mettre en place un réseau pluridisciplinaire de référents en hygiène

* Systématiser la transmission en interne des résultats des taux d'IN (Infections Nosocomiales) par service.

* Suivre les indicateurs liés à la lutte contre les IAS (Infections associées aux soins) définis dans les contrats de pôle.

Amélioration des pratiques de soins

* Éviter la multiplication et la diffusion des Bactéries Multi-Résistances aux antibiotiques

* Développer la démarche du bon usage des antibiotiques

* Développer des actions d'information et de sensibilisation des professionnels médicaux et paramédicaux à la question de la lutte contre les IAS.

Parmi les actions globales à mettre en œuvre dans la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge :

♦ Audit sur la satisfaction des patients

♦ Information du patient sur son état de santé et les soins proposés

♦ Systématiser la recherche du consentement et la participation du patient à ses soins et la tracer dans son dossier

♦ Accès du patient à son dossier

♦ Prise en charge de la douleur

♦ Identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge (identitovigilance, traçabilité..)

♦ Assurer la traçabilité des troubles nutritionnels dans le dossier patient

♦ Poursuivre la formation des médecins, des cadres de santé et infirmiers sur la loi du 5 juillet 2011 modifiée

♦ Formaliser la politique d'amélioration de la qualité de prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés

♦ Évaluer, harmoniser et améliorer la procédure de sortie des patients, etc..

L'allocation de ressources est une condition essentielle à l'aboutissement de la démarche qualité notamment dans son volet relatif à la maîtrise globale du risque infectieux (mise à niveau de l'équipe opérationnelle d'hygiène).

Le projet qualité et gestion des risques se décline à partir des orientations de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Il tient compte de l'ensemble des démarches et projets initiés dans l'institution dont l'objectif commun est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prestations offertes aux usagers. Il permet aussi l'amélioration des conditions de travail des professionnels en complément du projet social.

LE PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER 2014-2018

Le constat dressé dans le cadre de l'élaboration du Projet immobilier pour les cinq années à venir fait apparaître :

- ◆ Un Parc immobilier éclaté,
- ◆ Une Multiplicité de bâtiments : + de 90 répartis sur le territoire,
- ◆ La pauvreté du patrimoine immobilier (20%),
- ◆ La vétusté des installations & la non-conformité des structures,
- ◆ L'insuffisance de moyens financiers.

A cela s'ajoute de fortes contraintes réglementaires, environnementales et structurelles :

- * évolution de la législation en matière de construction, et nécessité d'une adaptation des constructions en zone sismique : contraintes liées au PPRN (plan de prévention des risques naturels),
- * résultats des diagnostics de vulnérabilité des constructions,
- * contexte de plan de retour à l'équilibre financier.

Le coût des travaux de restructuration du site de Balata a été évalué à 2 649 000€ (travaux/bâtiments, mise en sécurité électrique, accessibilité, sécurité incendie).

Le coût des travaux de mise en sécurité des bâtiments sur l'extrahospitalier est quant à lui estimé à 2 075 000€.

Dès lors il convenait sur la période du précédent SROS, de traiter prioritairement :

- la mise en conformité des installations électriques pour les locaux à sommeil occupés sur le site de Balata

- procéder au transfert partiel de l'activité vers la cité hospitalière de Mangot Vulcin (réalisé fin 2012/début 2013)
- redéfinir l'intégralité du programme d'investissement en hiérarchisant et priorisant les opérations (corrélés besoins/moyens), ce à quoi le présent projet immobilier s'attachera à faire dans un contexte financier contraint.

Les grands axes du projet architectural viseront à :

Adapter les capacités d'accueil :

- * Construction de 120 lits dans le périmètre de la cité hospitalière
- * Construction d'un EHPAD de 60 places en un lieu qu'il reste à définir
- * Reconstruction du Foyer d'Accueil Médicalisé à Saint-Pierre par regroupement de ceux de Surcouf et du Morne Vert
- * Extension à 60 places effectives du FAM de Surcouf
- * Extension de la capacité de la Maison d'Accueil Spécialisée « les Palourdes » de Sainte-Luce de 15 à 25 places et relocalisation à Sainte-Anne au lotissement Beauregard

Mettre en sécurité les bâtiments

- * Restructuration du site de Balata et aménagements extérieurs
- * Programmation des travaux minimum de mise en sécurité des installations pour les bâtiments en location, en attendant la planification des transferts sur les lieux de regroupement.

Regrouper et/ou relocaliser les structures ambulatoires

qui ne répondent plus aux normes de sécurité requises, dans une démarche prospective et tenant compte du plan de retour à l'équilibre financier :

- * **plateforme "Antares" au Lamentin à échéance septembre 2014** : Hôpital de jour adulte ; GIRHAD ; CRAM ; EMRI ; CMP-CATTP Lamentin adulte; Hôpital de jour jeunes adultes psychotiques
- * **Morne Morissot à Fort-de-France à échéance novembre 2015**: CMP/CATTP Montgérald et Saint-Joseph (psychiatrie adulte)
- * **Acajou Lamentin à échéance novembre 2015** (recherche de foncier) : CMP/CATTP Acajou, HDJ par transformation des locaux du CSA de pédopsychiatrie
- * **Quartier Laugier Rivière-Salée à échéance novembre 2015** : CMP/CATTP Rivière-Salée Pédopsychiatrie + CMP/CATTP Rivière-Pilote Adulte + CMP/CATTP Rivière Salée Adulte
- * **Au François, à échéance décembre 2015** : CATTP Saint-Esprit adulte - CMP/CATTP François adulte - CMP/CATTP François pédopsychiatrie
- * **Saint-Pierre à échéance décembre 2016** : CMP/CATTP Saint-Pierre Pédopsychiatrie + CMP/CATTP Saint-Pierre Adulte
- * **Sainte-Marie à échéance décembre 2018** : CMP/CATTP Marigot Pédopsychiatrie ; CMP/CATTP Sainte-Marie Adulte
- * **Schœlcher à échéance décembre 2019** (terrain à rechercher) : CMP/CATTP

Hibiscus Fort-de-France

- * **Fort-de-France (Volga/Dillon) à échéance décembre 2019** : CMP/CATTP Glacière pédopsychiatrie
- * **Robert à échéance 2019** : CMP/CATTP Robert (pédopsychiatrie)
- * **Trinité à échéance décembre 2019** : HDJ Trinité adulte ; CMP Trinité adulte ; CATTP Sainte-Marie adulte.

Par ailleurs, **des réaffectations sont à prévoir après reconfiguration de l'ambulatoire pour les structures dont le CH Colson est propriétaire :**

- CSA Acajou (Adolescents)
- Chemin Courbaril Acajou
- GIRHAD/CRAM Didier
- CMP/CATTP Hibiscus
- CMP/CATTP Robert
- Bâtiment Jardin Desclieux

Regrouper les lits de SSP (option en fonction de la faisabilité technique/constraints architecturales)

- * Reconfiguration des bâtiments du CH Mangot Vulcin et des aménagements périphériques pour relocaliser les lits SSP

Ou

- * Réimplantation sur nouveau site

Optimiser les fonctions techniques

- * Réorganiser le fonctionnement de la maintenance préventive et curative.

Transférer la gestion de l'hébergement social aux bailleurs sociaux

- * Gestion sociale des appartements communautaires
- Actuellement, le CH Colson dispose de 9 appartements communautaires d'une **valeur locative annuelle de 121 368,84 €** (à la charge de l'établissement).

LE PROJET SOCIAL 2014-2018

Le projet social fait l'objet d'une codification dans l'article L.6149-2-1 du code de la santé publique et « *définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement* » ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.

Son caractère obligatoire est affirmé dans le projet de loi de modernisation sociale qui consacre le rôle central des personnels.

Le projet social traduit pour les 5 prochaines années les évolutions et les orientations retenues par l'établissement en termes de développement des compétences, recrutement, amélioration des conditions de travail. Il est à la fois une obligation légale, un acte de management et une partie intégrante du projet d'établissement. Il s'inscrit dans la continuité du dernier projet social 2007-2011 et prend en compte les évolutions du projet médical et du projet de soins et s'inscrit également dans le cadre du projet financier.

L'élaboration du projet social intervient dans un contexte environnemental marqué par :

- le plan de retour à l'équilibre (PRE).
- la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles d'activités,
- l'installation partielle sur le site de Mangot-Vulcin.

Il faut saluer l'engagement profond du personnel au quotidien nonobstant les difficultés rencontrées non seulement dans le cadre de missions rendues complexes par la charge mentale, la fatigue physique, le stress, la précarité mais aussi dans le cadre d'un contexte législatif en perpétuel mouvement.

Ainsi, le projet social 2014-2018 s'articulera autour de 5 thématiques majeures :

- Une politique de Management ouverte sur une large coopération
- La gestion des carrières optimisée
- La santé et les conditions de vie au travail
- La politique de formation initiale et continue et le Développement Professionnel Continu (DPC)
- L'optimisation de la gestion du temps de travail

Le projet social qui couvrira la période 2014-2018 s'attache à dresser des constats, dégager des orientations stratégiques et définir des actions concrètes à mettre en œuvre.

Un bilan du précédent projet social portant sur 4 grands axes a été effectué, révélant les points forts et les axes d'amélioration à mettre en œuvre.

La Communication

Points forts

- * parution régulière du journal interne de l'établissement.
- * fonctionnement de la cellule communication : veille réglementaire, informations culturelles.
- * organisation et diffusion des informations dans le cadre des manifestations institutionnelles.
- * communication externe efficiente.
- * existence d'une charte de la communication.

Points à améliorer

- * Renforcer le sentiment d'appartenance à une seule et même institution
- * Accueil des nouveaux arrivants (la procédure n'est pas parvenue au stade d'achèvement malgré la mise en place d'un livret d'accueil notamment).
- * Systématiser les réponses aux courriers adressés à la DRH

La gestion des carrières et des compétences

Points forts

- * Existence de procédures d'avis à mobilité interne.
- * Mise en place d'une boîte aux lettres « Ressources Humaines » accessible en permanence.
- * Identification de jours de réception des agents en dehors des rencontres par les questionnaires des ressources humaines
- * Elaboration d'un guide de gestion (références juridiques)

Points à améliorer

- * Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), initiée avec l'élaboration des fiches de poste
- * Tableau des effectifs par métier et grade à mettre en place dans le contexte de la nouvelle gouvernance
- * Tenue des dossiers des agents notamment dans le contexte du déménagement
- * Formalisation de nouvelles procédures en lien avec la mise en place des pôles
- * Actualisation du guide de gestion

Conditions de travail et qualité de vie au travail

Points forts

- * CHSCT actif, tenue de réunions régulières, visites, propositions à la Direction
- * L'existence d'un document unique qui nécessite une actualisation et une validation par les instances
- * La mise en place d'un « préventeur » (professionnel de la prévention) chargé d'analyser les risques en lien avec les postes de travail
- * L'existence d'une psychologue du travail et d'une assistance sociale du personnel
- * L'existence d'un registre

de sécurité.

Points à améliorer

- * Fort taux d'absentéisme
- * Les chèques-déjeuner qui à l'origine constituaient une avancée, représentent aujourd'hui une source de frustration et provoquent des crispations.

La formation

Points forts

- * L'existence d'une charte de la formation continue.
- #### Points à améliorer
- * La consommation totale des crédits de formation ANFH
 - * L'instauration d'une commission de formation

Le projet social est un acte de management porteur de valeurs humaines. Il s'inscrit dans l'environnement interne et externe de l'établissement.

- * La réactivation du projet « tutorat »
- * L'élaboration d'un plan de formation pluriannuel
- * Le décalage entre besoins institutionnels et formation

Partant de ce constat, la politique sociale de l'établissement pour les cinq prochaines années visera à mettre en œuvre :

Une politique de management participatif pour la modernisation des relations sociales

- * Planification sur l'année des

LE PROJET SOCIAL 2014-2018... suite

rencontres avec les organisations syndicales

- * Tenue régulière des instances
- * Amélioration de la diffusion des avis et décisions
- * Dialogue de gestion avec les pôles
- * Association des instances lors de la mise en œuvre de nouvelles organisations de travail

La gestion des carrières optimisée

- * Elaboration d'un livret d'accueil
- * Réflexion sur l'accueil des étudiants en IFSI et IFCS
- * Formation des nouveaux recrutés sur le statut de la Fonction Publique Hospitalière et notamment sur les obligations et les droits du fonctionnaire et de l'agent d'un établissement public de santé
- * Développement de l'implication de l'encadrement par l'intégration de la fonction accueil dans les missions du cadre et la création d'un accueil spécifique
- * Création de référent par l'institution, par corps, au niveau de l'établissement, du secteur, de l'unité ou du service
- * Mise en place d'un tutorat des jeunes infirmiers
- * Réflexion sur le rôle du cadre : en termes de dynamique d'équipe, d'autorité, de compétences

* Introduction d'une réflexion sur la résorption de l'emploi précaire et notamment le recours aux agents en C.D.D (mise en place de pools de remplacement...).

* Mise en place d'une démarche GPMC pour : **préparer l'avenir** en adaptant les emplois et les compétences aux évolutions de l'activité et à l'organisation des différents services de l'Établissement

anticiper les difficultés en garantissant aux cadres et aux personnels hospitaliers une bonne maîtrise de leurs emplois, des formations et des promotions professionnelles en valorisant la gestion par métier.

La santé et les conditions de vie au travail

- * Activation de la cellule « santé au travail »
- * Rédaction de procédures : suivi médical, fiche d'aptitude, risques psychosociaux, prise en charge des accidents de travail,
- * Actualisation, finalisation et validation de l'ensemble du document unique d'évaluation des risques professionnels
- * Elaboration de fiches d'exposition aux risques
- * Accompagnement des agents dans un projet professionnel permettant de maintenir une mobilité sur la carrière en fonction des métiers et une adap-

tation à l'emploi.

La formation initiale et continue/Développement Professionnel Continu

- * Réactiver la commission de formation
- * Formaliser une politique de formation
- * Elaborer un plan pluriannuel de formation et le chiffrer
- * Veiller à la réalisation, au suivi et à l'évaluation du Plan de Formation
- * Lancer un recueil des besoins de formation auprès de chaque Pôle
- * Fixer les actions retenues, tenant compte de la déclaration d'activité des organismes de formation pour une prise en charge par l'ANFH
- * Intégrer un dispositif nouveau : le Développement Professionnel Continu (DPC)

L'optimisation de la gestion du temps de travail

- * Revoir l'organisation du temps de travail des personnels médicaux et non médicaux
- * Utiliser de manière optimale le logiciel CLEP-SYDRE de gestion du temps de travail
- * Actualiser le guide de gestion des personnels médicaux et non médicaux
- * Organiser la continuité du service de la Direction des Ressources Humaines.

Le Développement

Professionnel

Continu est un dispositif nouveau financé :

Pour les personnels non médicaux, dans le cadre des contributions versées par les Établissements au titre de la formation

professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) :

*** 2.1% Plan de Formation**

*** 0.2% Congé de formation professionnelle**

*** 0.6% Études promotionnelles.**

Pour les médecins et pharmaciens :

*** 0.75% du montant des rémunérations**

Faciliter la cohésion sociale à travers la définition et la communication de règles claires et partagées.

Renforcer la politique de communication interne.

Le projet social 2014-2018 du Centre Hospitalier de Colson a l'ambition d'être réaliste, pragmatique, évolutif, tenant compte du contexte nouveau dans lequel évolue l'établissement.

LE PROJET DE SCHÉMA DIRECTEUR DU SYSTÈME D'INFORMATION 2014-2018

Le Système d'Information (SI) constitue un outil important pour mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement notamment dans les domaines de la communication, de la relation avec l'environnement, de la sécurité ou de la qualité des soins. Il est donc essentiel que la politique du SI soit parfaitement intégrée à la démarche stratégique et politique d'ensemble.

Bien qu'ayant fait l'objet d'une profonde restructuration en 2006, permettant entre autre l'installation d'un véritable ERP (Planification des Ressources de l'Etablissement) qui lui a notamment permis d'effectuer sa première paye autonome, le SI n'a pas pour autant réglé tous les problèmes.

Rappelons que le schéma directeur du SI traite notamment des points suivants :

- * la sécurité du système ;
- * l'archivage et la sauvegarde des données ;
- * l'accessibilité et l'adéquation des informations ;
- * l'équipement et le renouvellement des équipements ;
- * la maintenance des équipements et des applications ;
- * la formation des personnels ;
- * l'évaluation du système d'information et de la satisfaction des utilisateurs.

Le nouveau schéma directeur du SI se traduit en 3 étapes :

- * le bilan de l'existant,
- * la synthèse générale des projets,
- * l'articulation des projets.

Le CH Colson assure de

façon autonome, l'informatisation de ses sites intra et extra-muros avec une équipe de 4 ingénieurs et 2 techniciens.

Le matériel étant de plus en plus connecté au réseau, le service informatique a connu plusieurs évolutions dans son organisation et ses missions au cours de la période passée :

- * Rattachement de l'activité Téléphonie fixe et mobile (2011)
- * Rattachement de l'activité copieur et fax (2012)

Aujourd'hui, l'infrastructure matérielle s'organise comme suit :

- Le parc informatique : 500 postes de travail (fixes et portables) et 42 serveurs
- Le parc téléphonique : 20 autocoms, 100 lignes de fax, 700 téléphones, 117 lignes GSM.

Le réseau quant à lui est géré à partir du site de Montgérald. Les postes sont connectés aux switches en Ethernet. Les Sites de Balata, la Plateforme « Antarès » au Lamentin et Mangot Vulcin sont reliés en fibre 20Mo. Les CMP, CATT, Hôpitaux de jours, et les structures médico-sociales sont reliées en accès ADSL 1Mo ou SDSL 1Mo via un réseau VPN (Réseau Privé Virtuel).

La couverture fonctionnelle et technique est composée de 21 applications ou domaines gérés dont 8 logiciels :

- ORBIS Administration : GRH-GAP-GREF (Gestion Ressources Humaines, gestion administrative des patients, gestion économique et financière)
- CLEPSYDRE (gestion du temps de travail)
- COGNOS (C10) : requêteur

- GESFORM (gestion de la formation continue)
- GESMEDIC : archives dossiers médicaux
- CIMAISE (dossier patient informatisé);

Sur les 20 projets informatiques « fonctionnels » et « techniques », initiés en 2012, 5 sont terminés et 15 sont en cours de réalisation, parmi lesquels :

- ◇ Migration de Lotus vers Exchange
- ◇ Infrastructure réseau en cours de révision
- ◇ Mise en redondance des applications métiers (PHARMA, CIMAISE, HEXAGONE, etc...)
- ◇ Révision du plan de déploiement de CIMAISE sur l'ensemble de l'établissement
- ◇ Migration de la suite logicielle ORBIS-HEXAGONE en version web
- ◇ Dispensation pharmaceutique
- ◇ Déploiement du Logiciel GALA WEB (gestion des événements indésirables/ gestion documentaire) fin 2013
- ◇ GLPI institué comme centre support des demandes d'intervention adressées à la DSIO

Les besoins recensés auprès des directions et secteurs médicaux s'articulent autour de quatre thèmes :

- * Evolution du Système d'information hospitalier ;
- * Equipements informatiques des utilisateurs,
- * Optimisation du réseau et de l'infrastructure système

Les évolutions du système d'information porteront, pour les cinq prochaines années sur :

L'informatisation des processus de soins

DPI
Prescriptions pharmaceutiques

PHARMA dans les structures Médico-Sociales

La gestion de l'information médicale :

Améliorer la saisie du recueil des actes et des diagnostics ;
Optimiser les modalités d'identification et de mouvement des patients.

L'échange d'information et la dématérialisation des processus

GED (gestion électronique des documents);
Dématérialisation des processus administratifs ;

Une optimisation et une meilleure sécurisation du réseau informatique.

Messagerie Web ;
Sécurisation des accès aux postes, aux applications et aux locaux ;

Le renouvellement et un renforcement des PC et portables (130 à 150 machines seraient nécessaires pour l'année 2014).

L'optimisation du réseau et de l'infrastructure (cf schéma futur du réseau ci-contre)

Optimisation du réseau actuel (en cours) ;

Préparer le changement des équipements restants non compatibles ;

Etudier le passage progressif du réseau téléphonie vers la TOIP (téléphonie par internet) ;

LE PROJET DE SCHÉMA DIRECTEUR DU SYSTÈME D'INFORMATION 2014-2018 ... (suite)

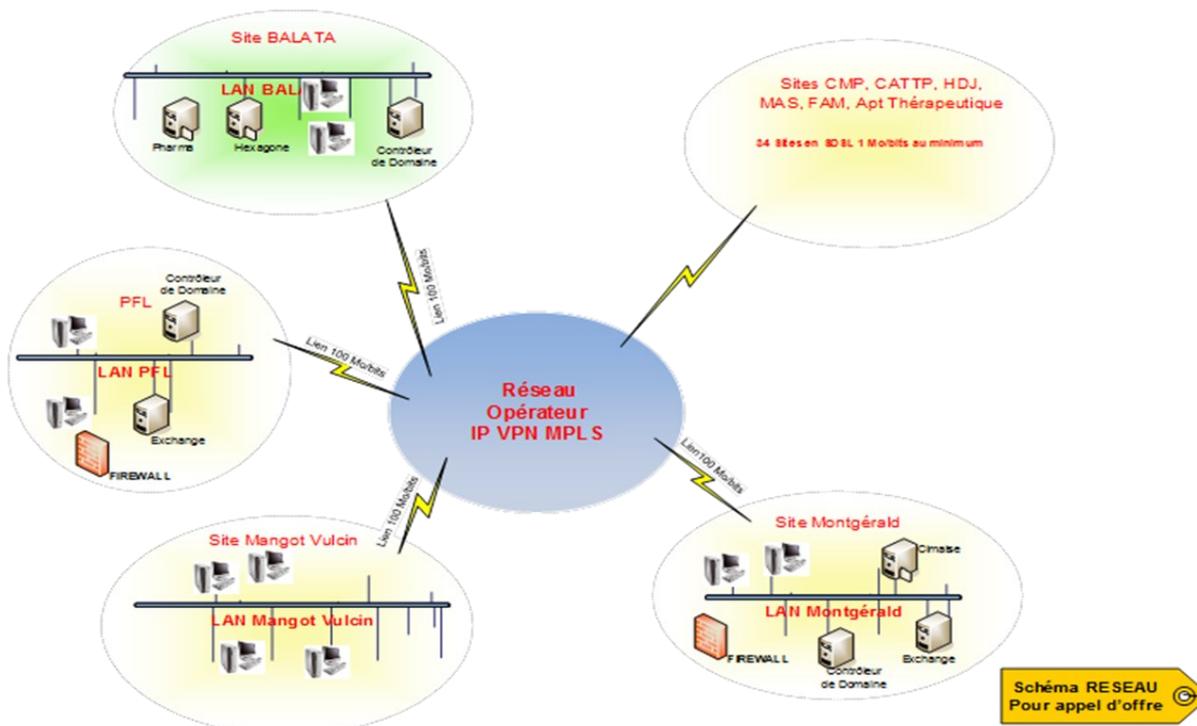
Consolidation et Maintien opérationnel, Technologique de l'infrastructure (Serveurs, Liaisons, Routeurs).

Planification des principaux projets informatiques sur la période 2014-2018 :

- * Sécurité et qualité des soins : juin 2013 à 2018
- * Déploiement du logiciel PHARMA dans les structures médico-sociales : fin 2013 à fin 2014
- * Achever le déploiement du logiciel CLEPSYDRE : fin 2015
- * Déploiement du logiciel GALA WEB : fin 2014
- * Gestion de la GMAO : fin 2014
- * Exploitation module GED de GALA WEB : jusqu'en début 2016
- * Installation d'une nouvelle messagerie Outlook : juin 2014
- * Site internet et portail : fin 2014
- * Mise à niveau du réseau et fiabilisation : fin 2015
- * GLPI et Hotline : 3ème trimestre 2014
- * Passage à la voie sous IP : fin 2015

RESUME DES PRINCIPAUX PROJETS INFORMATIQUES 2014-2018		
AXES	INTITULE	PROJETS
1	Sécurité et qualité des soins Circuit du médicament	1-1 Déploiement du DPI 1-2 Déploiement de PHARMA dans les structures Médico-sociales
2	Gestion des moyens humains (gestion du temps de travail) pour améliorer la maîtrise du système d'information, augmenter la qualité de prise en charge patient et diminuer les coûts	2-1 Achever déploiement Clepsydre
3	Gestion des autres moyens administratifs et logistiques (financiers, techniques, économiques, qualité)	3-1- Gestion des évènements indésirables : Logiciel GALA WEB 3-2- Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur GMAO
4	Gestion administrative et Direction de l'établissement	- GED : Exploitation module GED du Logiciel GALA WEB - Installation d'une Nouvelle Messagerie : Outlook - Site internet et portail
5	Informatique support : - Sécurité - Réseau - Applicatifs - Administration des demandes	- Mise en œuvre actions sécurité suite à l'audit (accès sauvegarde données PSI, etc...) - Réseau Intra- cité - GLPI+HOTLINE - Passage à la voix sous IP

Schéma futur du réseau informatique



LE PROJET CULTUREL 2014-2018

La « culture à l'hôpital » constitue une commande publique, inscrite dans les orientations du Ministère de la Culture et de la Communication, visant à favoriser l'accès à la culture des personnes qui en sont éloignées.

Pour sa part, depuis sa création, le CH Colson a fait le choix de l'utilisation de la Culture comme un véritable outil au service de la prise en charge et du « *Bien vivre ensemble à l'Hôpital* », intégrant une dimension culturelle dans sa pratique quotidienne auprès des usagers. C'est en 2010 que les actions menées sur le volet culturel ont été formalisées par la création d'une « Commission Culture », composée de membres de droits, de l'équipe de direction et des cadres référents et agents désignés par la Direction de l'établissement.

Dans le droit fil des orientations ministérielles et régionales affirmées dans les conventions « Culture et Santé », le projet culturel du CH Colson a pour but de présenter les orientations, le choix de la politique culturelle de l'établissement, de valoriser les projets actuels et futurs, de trouver une organisation et une stratégie efficaces pour conduire le projet, d'atteindre les objectifs du dispositif « Culture à l'Hôpital », d'évaluer les actions menées mais égale-

ment de travailler à des schémas budgétaires cohérents, adaptés et pluriannuels.

Bilan des actions organisées sur la période 2010 à 2012 :

- ◇ concertation avec les personnes référentes de la Direction Régionale des Affaires Culturelles,
- ◇ séances de travail avec la Direction des soins infirmiers portant notamment sur le choix des actions culturelles,
- ◇ réunions avec la Commission Culture et le comité de pilotage Lecture Publique à l'Hôpital,
- ◇ rencontres avec la Direction sur les orientations institutionnelles et le Projet Médiathèque,
- ◇ réunions diverses avec le Conseil Général,
- ◇ rencontres avec les acteurs institutionnels (président CME, cadres supérieurs, cadres de santé, personnes ressources internes et externes),
- ◇ nombreux échanges avec les professionnels du Milieu Culturel,
- ◇ rencontre avec l'Agence Régionale de Santé visant la présentation du projet médiathèque,
- ◇ présentation du projet Médiathèque au séminaire des Communiquants hospitaliers.
- ◇ visite de site à Mangot Vulcin avec la Bibliothèque Départementale de Prêt (implantation de la Médiathèque),
- ◇ etc..

Le projet culturel 2014-2018 s'inscrit dans les grands axes opérationnels suivants :

- ◆ Utiliser la Culture au cœur du Projet d'Etablissement ;



- ◆ Favoriser la Culture au service de l'utilisateur en santé mentale et des résidents des structures médico-sociales ;
- ◆ Valoriser et faire émerger des disciplines artistiques et culturelles ciblées à Colson ;
- ◆ Déployer des Plans d'actions en direction des autres acteurs de l'environnement.

Thématiques retenues dans le cadre du Projet Culturel 2014-2018 :

- ◆ Théâtre - Contes - Lecture
- ◆ Danse & Musique
- ◆ Activités Physiques & Bien-être
- ◆ Arts Plastiques
- ◆ Audiovisuel - Cinéma - Photo - Multimédia
- ◆ Patrimoine & Nature

Plan d'Actions 2014-2018 :

- Définition de la mission du responsable Culturel Hospitalier ;
- Création de la Cellule-Lettre de mission ;
- Création d'une Page Web Projet culturel CH COLSON ;
- Revalorisation de la Commission Culture (trombinoscope ; présentation) ;
- Réactivation du projet « Kilti bonnè matin » : les vendredis culturels de Colson par la Commission Culture ;
- Initiation d'actions de formation ;
- Participation à la rédaction du Projet Culturel d'Etablissement - Dési-

La culture au service de l'Hôpital psychiatrique, une opportunité pour changer les représentations.

- gnation de représentants
- Présentation d'un plan d'actions pluriannuel 2014-2018
- Etat des lieux des projets et actions culturelles et artistiques.

La politique culturelle a pour objectif de :

- ◆ mettre en œuvre, développer et pérenniser des actions et des projets sur le plan culturel et artistique englobant l'ensemble de la communauté hospitalière,
- ◆ développer des échanges et une politique de territoire,
- ◆ promouvoir l'histoire de l'établissement et participer à la valorisation de l'image de la santé mentale en Martinique.

Des séances de travail seront organisées au sein des pôles sur la base des orientations stratégiques du Projet Culturel.

Un appel à projet sera lancé en direction des services.

LE PLAN DE COMMUNICATION 2014-2018

«Une image, bonne ou mauvaise, n'est pas définitive : elle évolue au fil du temps. Elle n'est pas non plus universelle : elle varie en fonction du public considéré...» - Marie-Hélène Westphalen

La Communication est un facteur-clé dans la stratégie de l'Hôpital qui doit faire face à des enjeux importants, d'ordre économique, structurels, de fonctionnement, de cohésion sociale et d'image.

A travers son plan de communication 2014-2018, le CH Colson veut réaffirmer sa volonté de :

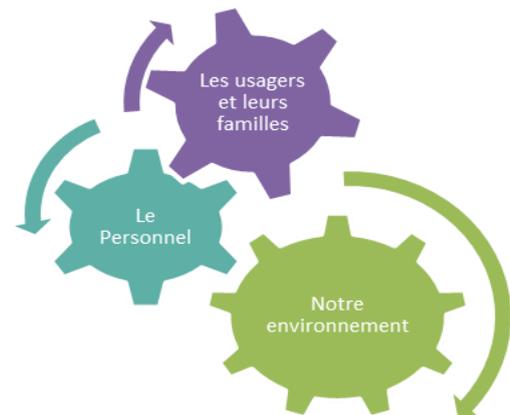
- ◆ Faire connaître l'établissement et ses projets,
- ◆ Chercher à convaincre et à impliquer,
- ◆ Faciliter la connaissance des autres,
- ◆ Echanger le maximum d'informations utiles par rapport aux objectifs de qualité,
- ◆ Changer positivement l'image de l'établissement.

Même si le CH Colson jouit d'une certaine notoriété du fait de son quasi monopole dans la discipline psychiatrique, il souffre néanmoins d'une image habituellement dégradée liée à sa spécialité, mais aussi et trop souvent, à la méconnaissance de l'organisation, des missions de l'institution et au manque d'information sur les pathologies psychiatriques, et sur les projets.

Les orientations prioritaires pour 2014-2018 consisteront à :

- * Fédérer les agents autour des projets de l'hôpital
- * Impliquer les agents dans une nouvelle culture moderne et dynamique de l'institution
- * Favoriser les échanges professionnels et relationnels entre les agents, la direction générale et les instances
- * Valoriser l'institution, ses personnels, les pratiques
- * Informer sur les pratiques et les organisations de l'établissement
- * Renforcer le partenariat Médias
- * Développer des réseaux d'acteurs professionnels
- * Informer les parents, familles et Associations d'usagers
- * Renforcer la démarche de prospection financière
- * Renforcer la transversalité : cible prioritaire les cadres, cible secondaire les agents
- * Renforcer l'implication des référents et/ou encadrants.

La nécessité de choisir des cibles pour une communication efficace



Pour ce faire, les plans d'action suivants, orientés autour de trois cibles, seront mis en œuvre en 2014-2018 :

Communication avec les personnels

- * Audit-Diagnostic de Communication Interne
- * Analyse de documents
- * Étude qualitative, entretiens, groupe de réflexion
- * Constitution de groupes de travail par pôle et Direction fonctionnelle + référent communication
- * Stratégie de communication adaptée à la cartographie de l'institution
- * Création d'une Charte graphique et outils dérivés nécessaires
- * Rubrique Journal Interne – Nouvel'H
- * Journée d'information vers le personnel
- * Mobilisation des cadres à la mission de communication dans les services

Communication avec les usagers

- * Information et Accompagnement en direction des usagers et de leurs fa-

milles

- * Média-Plan pour information à diffuser aux familles martiniquaises
- * Informations vers les tuteurs – ciblage d'informations à domicile

Communication avec l'environnement

- * Étude d'image – Sondage – enquête de notoriété
- * Réseaux de soins et hôpitaux de Martinique
- * Institutions et collectivités – Relations Publiques
- * Communautés hospitalières à l'étranger
- * Territoire national

Face aux forts enjeux financiers, la démarche sera accompagnée de la création d'une Cellule de contrôle et de suivi, chargée de l'accompagnement des demandes de subventions et du suivi des projets.





Centre hospitalier de Colson

**DIRECTION GÉNÉRALE
CELLULE PROJET D'ÉTABLISSEMENT**

14 kms Route de Balata

BP 631

97261 Fort-de-France cedex

Téléphone : 05 96 48 89 98

Télécopie : 05 56 48 70 34

Messagerie : direction@ch-colson.fr

Cellule projet d'établissement : 0596 48 86 87

Messagerie : marie-france.roblot-coulanges@ch-colson.fr



SYNTHÈSE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2014-2018

La Directrice du Centre Hospitalier de Colson adresse ses remerciements à tous les acteurs institutionnels, les chefs de projet et membres des groupes de travail qui ont participé à l'élaboration du projet d'établissement 2014-2018.

*Elle précise que le présent document constitue une **synthèse** du projet d'établissement et retrace les grands axes retenus dans le cadre du projet médical, du projet de soins, du projet social et des projets annexes.*

Le projet d'établissement 2014-2018 dans sa version intégrale, fera l'objet d'une transmission à l'Agence Régionale de Santé et d'une diffusion en interne auprès de la communauté médicale et des directions fonctionnelles de l'établissement.