

Clinique Medicale de Ville d'Avray

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2007 - 2012

*UNIR NOS COMPÉTENCES POUR DÉVELOPPER UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ AU
SERVICE DU PATIENT*

Clinique Medicale de Ville d'Avray
23, rue Pradier
92410 Ville d'Avray



01.47.09.05.81



01.47.50.79.46

cmva@wanadoo.fr

<http://www.cmva92.com>

AVANT-PROPOS

La rédaction et l'adoption du Projet d'Établissement par la Commission Médicale d'Établissement pour une clinique privée sont un moment fort de son évolution dans la mesure où il fixe les grandes orientations pour les 5 ans à venir, voire au-delà.

L'ensemble du personnel, ainsi que les instances consultatives et délibératives de la Clinique Médicale de Ville d'Avray, ont bien entendu conscience de l'importance d'un tel projet.

Après le premier Projet d'Établissement, voté en 2000, et après avoir volontairement et logiquement attendu l'arrêté officiel du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération 2006 – 2010 concernant la psychiatrie, approuvé par Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France le 23 mars 2006, nous voici donc prêts à soumettre à la réflexion et à l'approbation de la CME notre nouveau Projet d'Établissement qui s'étendra de 2007 à 2012.

Ce projet est placé sous le signe de la QUALITE et de la certification. Rappelons en effet que la Clinique Médicale de Ville d'Avray a passé sa première visite d'accréditation fin 2004. Le rapport des experts-visiteurs a été positif et encourageant pour un grand nombre de critères. Par contre, ce rapport mettait en avant des améliorations à mener en ce qui concerne la mise en place d'un programme de gestion de la qualité et de prévention des risques en intégrant les vigilances sanitaires. Cette thématique nous a conduit à la prononciation d'une réserve. Fin 2006, la clinique recevait en contre-visite les experts-visiteurs. La Haute Autorité de la Santé (HAS), après lecture du nouveau rapport établi par les experts-visiteurs, levait la réserve et engageait l'établissement à poursuivre ses efforts dans la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme de gestion de la qualité et la prévention des risques en intégrant les vigilances sanitaires.

Au cours de l'année 2006, le taux d'occupation de la clinique se dégradait du fait du refus d'un certain nombre de mutuelles de rembourser à leurs assurés les frais d'hospitalisation, mettant en avant l'absence de contrats d'objectifs et de moyens entre la clinique et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

Alors que la Clinique Médicale de Ville d'Avray fonctionnait depuis 1948, soit pendant plus de 58 ans, sous le même régime d'établissement agréé mais non conventionné par la Sécurité Sociale, le 31 Mai 2007, après sept mois de négociation elle signait un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'ARH.

Ce projet d'établissement prend tout son sens depuis ce véritable bouleversement induit par la signature du CPOM. Il se subdivise en deux chapitres. Le premier concerne le bilan du projet 2000 – 2005 et le deuxième correspond au projet 2007 – 2012.

Compte tenu de l'évolution des champs réglementaires, des difficultés présentées par les assurances complémentaires pour rembourser les patients hospitalisés dans des établissements non conventionnés, nous avons attendu la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens pour rédiger ce nouveau Projet d'Établissement.

V. LE PROJET MEDICO-TECHNIQUE	p. 32
5.1 La pharmacie	p. 32
5.1.1 Objectifs	p. 33
5.1.2 Stratégies	p. 33
5.1.3 Plans d'action	p. 33
5.2 Le Laboratoire	p. 34
5.3 Le plateau technique	p. 34
VI. PROJET DE SOINS INFIRMIERS	p. 35
6.1 Le cadre juridique	p. 35
6.2 L'organisation du temps infirmier et aide soignant	p. 36
6.3 Le travail des soignants et la relation soignant-soigné	p. 37
6.3.1 Le relationnel	p. 37
6.3.2 Les soins	p. 38
6.3.3 La partie administrative inhérente à la fonction	p. 38
6.4 Les principales mises en situation professionnelles	p. 38
6.5 Les points forts du soin infirmier	p. 39
6.6 Les aspects à améliorer	p. 40
6.7 Les orientations du projet infirmier	p. 40
6.7.1 La démarche qualité	p. 40
6.7.2 Les priorités du projet infirmier	p. 41
VII. LE PROJET SOCIAL ET DE FORMATION	p. 42
7.1 Organisation, conditions et relations de travail	p. 42
7.2 Dynamiser la politique sociale de l'établissement	p. 42
7.2.1 Développer le sentiment d'appartenance à l'institution	p. 42
7.2.2 Favoriser la convivialité et initier des démarches associatives en matière de communication	p. 43
7.2.3 Mettre en oeuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des carrières encore plus performante	p. 43

7.2.4	Généraliser la réflexion engagée sur les profils de poste et l'accueil	p. 44
7.2.5	Favoriser l'émergence d'un mode de gestion par objectifs	p. 44
7.2.6	Mettre en oeuvre une politique de développement des compétences et des performances	p. 44
7.3	Optimiser la politique de gestion des personnels	p. 45
7.3.1	Intégrer les outils modernes de gestion	p. 45
7.3.2	Accompagner le processus de transformation pour la mise en oeuvre du plan de formation	p. 45
7.3.3	Dynamiser la politique d'amélioration des conditions et des relations de travail	p. 46
7.3.4	Renforcer les actions de prévention des risques professionnels	p. 47
7.3.5	Développer les pratiques innovantes en matière d'organisation et d'aménagement du travail et du temps de travail	p. 47
7.3.6	Poursuivre une politique sociale de grande envergure	p. 47
7.3.6.1	Plan d'Epargne Inter entreprise (PEI)	p. 48
7.3.6.2	Assurance complémentaire de groupe	p. 48
7.3.6.3	Plan d'Epargne pour la Retraite Collectif (PERCO)	p. 48
7.4	Les besoins en personnel et l'étude des carrières	p. 48
7.4.1	Les besoins en personnel	p. 48
7.4.2	Le recrutement	p. 49
7.4.3	La carrière	p. 49
7.4.4	La cessation d'activité	p. 49
VIII.	LE PROJET DE GESTION PREVISIONNELLE	p. 49
8.1	La gestion budgétaire	p. 49
8.2	Le plan directeur des investissements	p. 50
8.3	La gestion globale des risques	p. 51

8.3.1	Les vigilances sanitaires	p. 51
8.3.1.1	Le comité des vigilances	p. 51
8.3.1.2	La pharmacovigilance	p. 51
8.3.1.3	La matériovigilance	p. 52
8.3.1.4	L'infectiovigilance et la gestion des risques infectieux	p. 53
8.3.2	Le COMEDIS	p. 54
8.3.3	La CRUQ	p. 54
8.3.4	La prévention des accidents du travail	p. 54
8.3.5	La sécurité électrique	p. 54
8.3.6	La sécurité incendie	p. 55
8.3.7	La gestion des autres risques	p. 55
8.3.7.1	L'alimentation en eau	p. 55
8.3.7.2	La politique d'élimination des déchets	p. 55
8.3.7.3	L'accessibilité des bâtiments	p. 55
IX.	LE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION	p. 56
9.1	Analyse de la situation actuelle	p. 56
9.1.1	Les moyens humains du service informatique	p. 56
9.1.2	Les moyens matériels	p. 56
9.1.3	Les moyens logiciels	p. 57
9.2	Projets de développements pour l'avenir	p. 57
9.3	Système de communication vocale	p. 58
9.4	Système de vidéosurveillance	p. 58
	CONCLUSION GENERALE	p. 59

Avant de présenter le nouveau projet, il convient de dresser un bilan du projet précédent. Ce bilan sera fait en reprenant les différents points du projet précédent et en relevant ce qui a été fait et ce qui reste à faire ou n'a pas été fait car abandonné.

PREMIERE PARTIE : LA COMMUNICATION

L'établissement dispose de 45 chambres individuelles et 13 places d'hôpital de jour.

1.1 Les points forts

Le questionnaire de sortie a été retravaillé dans son intégralité. Il est systématiquement remis au patient le jour de sa sortie et déposé par ce dernier au secrétariat. L'analyse de ces questionnaires a lieu en fin d'année.

Outre les bonnes relations entretenues avec le Centre Hospitalier Mignot à Versailles, plus particulièrement l'Unité d'accueil des 72 heures, la clinique entretient une collaboration rapprochée avec le service de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (C.M.M.E) à l'hôpital Sainte Anne à Paris. Plusieurs de ses praticiens libéraux y ont gardé une vacation.

Une convention référençant la clinique comme établissement recommandé par la Caisse de Sécurité Sociale du SENAT existe.

L'établissement, par la voie de son directeur, est promoteur du réseau de soin DEPSUD (Réseau de soins spécialisé dans la prise en charge des troubles dépressifs, Kremlin Bicêtre, Pr HARDY)

1.2 Les points à améliorer

Essayer d'augmenter le nombre de retour des questionnaires rendus par les patients avant leur départ.

Généraliser l'informatisation des services pour mettre progressivement en place le dossier du patient sur informatique.

Poursuivre la formation du personnel à la notion de traçabilité en privilégiant l'écrit plutôt que la communication orale.

1.3 Organigramme de l'établissement

L'organigramme doit être complètement remis à jour car il ne correspond plus à la réalité du fonctionnement au sein de l'établissement.

DEUXIEME PARTIE : POLITIQUE GENERALE

2.1 Les objectifs

Les objectifs ont été remplis. Concernant la sécurité et la maîtrise des risques un lourd investissement a été réalisé pour réaliser la mise en conformité de la sécurité incendie.

Un travail permanent a lieu pour maintenir une bonne qualité d'hébergement en assurant la rénovation des chambres et des parties communes selon un programme travaux préétabli.

Un nouveau livret d'accueil et un nouveau questionnaire de sortie ont été rédigés.

Pour permettre une bonne mixité entre le temps plein et l'hôpital de Jour un nouveau planning des activités a été élaboré en prenant en compte des temps propres à chacun.

Vis-à-vis du patient et pour assurer le respect des droits du patient une Commission de Relation avec les Usagers a été très récemment constituée ; elle n'est pas encore vraiment fonctionnelle par défaut d'implication des usagers.

2.2 Les priorités

La redéfinition des volumes des locaux a permis la création d'un véritable secrétariat médical. Il est aujourd'hui totalement informatisé.

Le passage des 35 heures a eu lieu sans difficulté majeure.

La commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a été créée dès 2002 ; son fonctionnement est satisfaisant.

L'établissement a passé la procédure d'accréditation fin 2004. Une réserve concernant la gestion de qualité et des vigilances a été émise qui a entraîné une contre visite fin 2006. La réserve a été levée et des recommandations ont été reconduites sur ces deux points.

L'avenir devra mettre en avant la CRUQ.

TROISIEME PARTIE : PROJET MEDICAL

3.1 Les objectifs

L'équipe médicale s'est enrichie par le recrutement de deux nouveaux médecins libéraux portant leur nombre à quatre.

Les médecins salariés qualifiés en psychiatrie assurent l'ensemble des gardes de nuit et de week-end ainsi que la permanence des soins l'après-midi du lundi au vendredi.

Les 4 médecins libéraux ont leur cabinet de consultation privé à la clinique.
Les feuilles de traitement et de consignes médicales ont été totalement retravaillées avec l'ensemble du personnel. Depuis leur mise en place, on note une amélioration certaine de la lisibilité des prescriptions.

Le secrétariat médical a été totalement restructuré et son informatisation assurée.

En 2003, un très lourd investissement financier a permis de créer un bâtiment indépendant et propre à l'hôpital de jour. Une passerelle a été construite pour permettre le lien entre la structure temps plein et cette nouvelle structure à temps partiel.

3.2 Les points forts

L'ensemble des points forts reste valide. Un très gros effort a été concentré sur la rédaction, la réalisation et l'envoi du compte rendu d'hospitalisation au médecin référent externe en respectant un délai de 10 jours.

La durée moyenne des séjours reste inférieure à 28 jours.

Un groupe d'alcoolique anonyme se réunis hebdomadairement dans nos murs.

La coordination avec les médecins correspondants a été très nettement améliorée.

A l'admission, le médecin prend contact téléphoniquement et adresse une lettre d'information de l'arrivée du patient au médecin référent.

Les supports de transmissions et la rédaction des consignes par les médecins ont été totalement retravaillés. Ils apportent aujourd'hui une entière satisfaction.

3.3 Les aspects à améliorer

Les échanges avec les structures environnantes restent à multiplier avec comme projet de développer des partenariats :

- plateau technique (IRM, scanner, radio, consultation somatique) développer un véritable partenariat avec la clinique du Val d'Or à Saint Cloud.
- dans le cadre des réseaux de soins ville-hôpital, la clinique souhaite collaborer aux réseaux :
 - du réseau spécialisé dans le cadre des prises en charge des dépressions DEPSUD
 - du réseau des troubles alimentaires d'Ile de France
 - du réseau des psychiatres libéraux AP92

Dans le cadre du projet d'informatisation globale, un travail de réflexion sur le dossier du patient dans sa globalité reste à mener pour convertir l'existant papier très satisfaisant en futur dossier informatisé.

3.4 Les pathologies prises en charge

Les pathologies prises en charge à la clinique pour 95 % d'entre elles sont :

- les troubles de la personnalité
- les accès dépressifs
- les troubles bipolaires
- les épisodes délirants
- les sevrages en alcool

La clinique régit par la loi du 27 Juin 1990 est un établissement qui ne peut recevoir des patients en hospitalisation qu'avec leur consentement. Ainsi, les demandes d'hospitalisation en HDT (*hospitalisation à la demande d'un tiers*) ou HO (*hospitalisation d'office*) ne peuvent aboutir.

QUATRIEME PARTIE : PROJET SOINS INFIRMIERS

4.1 Les points forts

Véritable pôle de formation avec les IFSI :

La clinique a développé un certain nombre de conventions avec des organismes de formation d'élèves infirmier(e)s pour que ces dernier(e)s puissent venir en stage dans l'établissement. A l'issue, celui-ci est validé par une « monitrice de l'école » qui effectue son évaluation au sein de la clinique véritable terrain de stage.

A la suite du travail réalisé concernant les feuilles de prescription et de consignes, les médecins signent systématiquement ces dernières.

Les observations infirmières ont été intégralement retravaillées pour devenir des transmissions ciblées.

4.2 Les aspects à améliorer

L'informatisation de la prise de commande des repas n'étant pas encore opérationnelle, elle reste un point à améliorer.

L'ensemble du personnel a été sensibilisé à l'utilisation des différents protocoles mis à jour lors de la préparation de la première accréditation de l'établissement. L'évaluation de la connaissance des protocoles et de ceux à venir devra être mise en place.

Des fiches de fonction existent déjà pour certains. Il faut les généraliser.

La fonction de femme de chambre a été totalement repensée. On ne parle plus de femme de chambre mais d'ASH (Agent de Service Hospitalier). L'une d'entre elle a bénéficié d'une formation de gouvernante dans le cadre de la formation continue. Elle devient donc responsable de la bonne exécution du travail de ses collègues.

CINQUIEME PARTIE : PROJET SOCIAL

5.1 Les conditions de travail

Le passage aux 35 heures s'est déroulé dans de bonnes conditions grâce à la concertation entre salariés, représentants du personnel et direction.

La fonction des cadres de soins a été repensée ; l'un s'occupe plus particulièrement du planning des infirmières et des aides soignantes ; l'autre concentre son action sur celui des ASH.

5.2 Un management participatif par objectif

Depuis 2001, un Plan d'Épargne Interentreprise, voulu par la direction, a été mis en place à la Clinique. Parmi ses nombreux objectifs, le principal est de permettre aux salariés fidèles à l'entreprise de se constituer une épargne grâce à l'abondement versé par l'entreprise.

Un projet de mise en place d'une mutuelle d'entreprise est en phase de négociation.

Une formation des cadres, chef de service, pour permettre la mise en place de l'évaluation annuelle du salarié a eu lieu.

5.3 La communication interne

Un effort a porté sur l'amélioration de la communication interne : en novembre 2006, un journal interne, le « *Trait d'Union* », a vu le jour. Il est distribué avec les bulletins de paye ; cela en assure sa diffusion à l'ensemble des salariés.

Les notes de service affichées dans les unités de soin sont plus fréquentes.

Il faut encore persévérer pour trouver d'autres idées pour rendre cette communication interne plus visible et facile.

5.4 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Les départs à la retraite sont programmés.

La politique de la gestion des ressources humaines fait d'abord appel au recrutement en interne puis si nécessaire en externe. La clinique ne rencontre pas de difficulté pour répondre au turn-over naturel.

La réorganisation complète des différentes activités proposées aux patients du temps plein comme à ceux de l'hôpital de Jour a entraîné la création de nouveaux postes faisant appel à de nouvelles compétences (art thérapeute, musico thérapeute...)

5.5 Esprit d'initiative.

Des initiatives intéressantes qui répondent aux besoins d'évolution des carrières ont eu lieu à la clinique. Grâce au plan de formation continue, une ASH a demandé à bénéficier d'une formation de serveur en salle. Aujourd'hui, elle exerce à la clinique ses deux compétences à des temps différents de la journée.

D'autres ASH ont demandé à bénéficier de la formation continue pour passer un diplôme d'Aide Soignante. Aujourd'hui, elles exercent un nouveau métier à temps plein dans leur entreprise.

SIXIEME PARTIE : PROJET HOTELIER

6.1 *Les réalisations*

Les projets de travaux énoncés dans le projet médical d'établissement ont été totalement repensés en janvier 2001 lors du changement de direction.

L'hôpital de Jour a été intégralement rebâti dans l'ancien Pavillon Gris. Une salle de sport y a été créée au sous sol.

Au sous-sol de la maison principale, deux bureaux médicaux ont été créés. Le secrétariat et le service de comptabilité ont été réunis dans un bureau commun dit « bureau administratif ».

L'infirmerie du 3^{ème} étage inexistante a été créée.

La chambre de garde du médecin de nuit a été créée au 4^{ème} étage du bâtiment principal.

Des vestiaires pour le personnel paramédical ont été créés au 4^{ème} étage.

Un local dit « pharmacie » a été créé lui aussi au 4^{ème} étage.

Dans le cadre du travail sur la sécurité incendie, des portes coupe feu, dites de recoupement, ont été installées dans les coursives ainsi qu'un système de désenfumage et une nouvelle centrale d'alarme.

Le standard a été totalement repensé et réaménagé.

6.2 *Les aspects à améliorer*

La salle de sport n'est pas encore aménagée donc non opérationnelle.

L'infirmierie du 1^{er} étage doit être déplacée pour être agrandie.

Les lieux d'attente au sous-sol ne sont pas satisfaisants. Il faut réfléchir à un grand projet d'aménagement du sous-sol en redessinant une véritable salle d'attente.

Le bureau des cadres infirmiers doit être rénové.

6.3 *Coordination*

La coordination des travaux a été réorganisée.

L'équipe se compose aujourd'hui d'un chef de service et de deux ouvriers.

Lorsqu'il est nécessaire de faire appel aux compétences d'un architecte, la direction fait appel à l'architecte DLPG de la clinique qui exerce à Ville d'Avray.

SEPTIEME PARTIE : PROJET INFORMATIQUE

La Clinique s'est équipée d'un serveur WINDOWS 2000 et de quelques PC clients sous WINDOWS XP pour constituer le début de son réseau interne.

Parallèlement elle a développé des logiciels sur mesure pour informatiser la prise de commande des suppléments patients (Idéal Resto). Un travail est en cours pour l'informatisation du dossier du patient (Idéal Med).

En collaboration avec un prestataire externe (Locatel), la clinique a mis en place la gestion et le control à distance des téléviseurs des patients.

La sécurisation du réseau est un enjeu majeur. La clinique a mis en place un système anti-virus en réseau avec mise à jour automatique quotidienne. De plus elle s'est dotée d'un pare-feu très puissant. Elle gère aussi la sauvegarde de ses données quotidiennement sous forme d'enregistrement sur cassettes dédiées.

Afin de ne pas créer une faille au niveau de la sécurité dans son système, la clinique a installé deux réseaux totalement indépendants sans aucune liaison physique tant par câbles (LAN) que par wifi (WLAN) l'un dédié au personnel de la clinique est relié au serveur, l'autre pour les patients sans liaison avec le serveur. Les connections Internet sont distinctes via deux providers différents.

L'avenir nous amène à devoir envisager d'autres investissements informatiques pour :

- Achat d'un logiciel de gestion des admissions et de facturation pour gérer la télétransmission aux Caisse d'Assurance Maladie
- Mise à jour du serveur

- Mise à jour des PC CLIENTS
- Equipement des unités de soins en PC CLIENTS et IMPRIMANTES pour la gestion progressive du dossier patient sur informatique
- Achat d'un logiciel et de l'équipement nécessaire pour la mise en place du PMSI et la télétransmission des données via la plateforme ePMSI sur le site de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation).

HUITIEME PARTIE : HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

8.1 La structure

Véritable pôle d'excellence l'hospitalisation à temps partiel (HDJ) a été mise en avant depuis la création d'un bâtiment indépendant pouvant y accueillir les différents groupes et ateliers.

Ce bâtiment comprend :

- un bureau de consultations
- une infirmerie
- un atelier d'art thérapie
- une salle polyvalente
- une future salle de sport.

Doté d'une capacité de 13 places il permet de prendre en charge des patients adressés par l'extérieur mais aussi d'autres en phase de sortie de l'hospitalisation temps plein. La durée moyenne de séjour varie de quelques semaines à plusieurs mois.

8.2 Les modalités d'admission

Les modalités d'admission ont changé. Après un entretien de pré admission réalisé par le médecin responsable de la structure, le patient participe à toutes les activités durant la première semaine. A la fin de celle-ci, une réunion de synthèse avec médecin, psychologues, infirmière et patient permet de confirmer l'indication de l'hospitalisation à temps partiel. C'est au cours de cet entretien que la fréquence et les activités auxquelles le patient s'engage à participer, sont déterminées.

8.2 Les points forts

La création du nouveau bâtiment a conduit à la réorganisation complète de l'équipe et des activités qui y sont proposées.

Cette structure permet d'accueillir sur des durées variables des patients de tous horizons. Localisé sur le 13^{ème} secteur de psychiatrie rattaché à l'hôpital Paul Guiraud Villejuif, l'hôpital de Jour accueille des patients adressés par le public via le CMP de Garches et d'autres directement par leur thérapeute de ville.

Certains patients encore fragilisés au moment de leur sortie du temps plein trouvent un réconfort, une sécurité et un lieu de soin rassurant en intégrant l'hôpital de Jour le temps de retrouver leur complète autonomie et de pouvoir envisager la reprise d'une activité professionnelle ou de formation.

II. INTRODUCTION :

L'article L. 714-11 du Code de la Santé Publique stipule pour les établissements publics hospitaliers que :

"le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme."

Bien qu'établissement privé à but lucratif, la Clinique Médicale de Ville d'Avray reprend les grandes lignes sus mentionnées pour élaborer son nouveau Projet d'Etablissement 2007-2012.

Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de troisième génération en psychiatrie ayant été arrêté en mars 2006 par l'ARH Ile de France, la Clinique Médicale de Ville d'Avray se réfère à ce dernier pour l'élaboration du présent Projet d'Etablissement.

Ce Projet d'Etablissement reprend les éléments de la négociation du Contrat d'Objectif et de Moyens accepté et signé avec l'ARH le 31 mai 2007.

Il s'agit de la réponse que la Clinique Médicale de Ville d'Avray souhaite donner aux besoins de santé de la population qu'elle peut être amenée à prendre en charge dans le domaine de la santé mentale, en conformité avec les grandes orientations du SROS de psychiatrie : il fixe nos grandes orientations pour les 5 ans à venir.

"LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EST UN OBJECTIF ESSENTIEL POUR TOUT ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ"

Nous faisons nôtre cette affirmation de l'article L710-1-1 du code de la santé publique, et le fil conducteur de notre projet reste contenu dans **notre charte, reproduite page suivante**, dont le slogan stipule notre volonté d'

"unir nos compétences pour développer un service de qualité".

Le Projet d'Etablissement de la Clinique Médicale de Ville d'Avray comprend les points suivants :

- le projet médical qui propose l'organisation de la prise en charge avec le programme des lits du temps plein et des places d'hôpital de Jour
- le projet du service de soins infirmiers
- le projet social et de formation
- le projet de gestion prévisionnelle économique et financière, le plan-directeur des travaux et équipements, le programme qualité et gestion des risques
- le schéma directeur du système d'information et de communication

2.1 La charte de l'établissement

Charte d'établissement

NOS VALEURS

« Quel que soit notre métier, la finalité de notre action est le soin. Nous sommes tous concernés par le service à rendre »

La qualité

La satisfaction de tous

L'union

NOS PRINCIPES D'ACTION

Assurer un service de qualité

Accueillir le patient dans le respect et la dignité.
Lui donner une information accessible et loyale.
Le faire participer aux choix thérapeutiques qui le concernent.
Faciliter les procédures d'évaluation qualitatives.

Perfectionner les compétences

Utiliser l'expérience de chacun.
Acquérir et diversifier compétences et connaissances. Promouvoir la formation professionnelle

Travailler ensemble

Connaître et diffuser les grands objectifs de l'établissement. Chercher et diffuser l'information. Favoriser les échanges pluridisciplinaires

Préparer l'avenir

Adapter les pratiques professionnelles à l'évolution des soins en santé mentale. Mettre en œuvre le projet d'établissement. Intégrer les nouvelles technologies.

UNIR

nos compétences pour développer un service de

QUALITE

2.2 La démarche Qualité

Le Projet d'Établissement de la Clinique Médicale de Ville d'Avray s'articule autour d'une

DEMARCHE DE QUALITE TOTALE

Il est commun de dire que le personnel est la première richesse d'un établissement de soin et il faut qu'il le reste. A travers la démarche qualité, il s'agit de changer les habitudes, les pratiques et les mentalités, pour faire assurer par tous les agents la meilleure qualité et la meilleure sécurité des soins à tous nos patients.

L'objectif est donc de poursuivre notre **gestion globale de la qualité** car

- ✓ le malade est le point central de la qualité
- ✓ la qualité est la réponse que nous devons apporter aux attentes des patients, nos clients
- ✓ la qualité ne peut être obtenue que par un effort spécifique, systématique, continu et vécu sans contrainte par le personnel grâce à une amélioration régulière des conditions de travail et un climat social serein.

Lors de l'élaboration de ce projet d'établissement, l'évaluation de la qualité des soins a été considérée comme un objectif institutionnel et un des principaux objectifs stratégiques de l'Établissement.

La mise en place d'une politique structurée d'évaluation s'avère essentielle compte tenu des obligations de la loi hospitalière du 31 juillet 1991, mais également pour répondre d'une part à une obligation éthique à l'égard des patients pris en charge, d'autre part aux pressions économiques actuelles.

D'emblée la mise en place de cette politique doit se concrétiser par la **création des instances nécessaires** pour mener cette politique.

Il s'agit aussi de démultiplier l'approche qualitative au sein des services par :

- ✓ une affirmation forte dans tous les projets de service
- ✓ d'assurer la maîtrise de la qualité par la mise en oeuvre de "techniques et activités opérationnelles utilisées en vue de répondre aux exigences relatives à la qualité". Ces activités consistent à vérifier concrètement la réponse aux besoins des patients, à mettre en oeuvre des outils de mesure avec des critères d'évaluation et à définir les responsabilités.
- ✓ de formaliser un **manuel d'assurance de la qualité**. Ce manuel doit résumer l'ensemble des dispositions prises par l'établissement pour assurer et gérer la qualité.

Son objectif sera double :

- informer le personnel de l'organisation d'ensemble de la politique qualité de l'établissement
- résumer vis-à-vis des patients, usagers, familles, partenaires et population les mesures adoptées pour assurer la qualité des produits (sur le plan logistique et hôtelier), des soins dispensés et des prises en charge effectuées.

C'est ainsi que les audits internes devront se multiplier sur le terrain, dans tous les services.

III. PROJET MEDICAL

En préambule, nous souhaitons rappeler les changements importants qui marquent ces derniers mois :

- ✓ le départ à la retraite du Docteur Lacassin, président de la Commission Médicale d'Établissement, praticien attaché à la Clinique depuis plus de vingt ans, véritable figure emblématique de l'établissement. Il a été remplacé par un nouveau médecin psychiatre le Docteur Hautecouverture
- ✓ le départ programmé de nos deux cadres de santé en l'espace d'une année, l'une faisant valoir ses droits à la retraite, l'autre déménageant pour suivre son mari.
- ✓ la démission du médecin de l'hôpital de Jour qui après s'être installé dans le libéral souhaite se concentrer uniquement sur cette activité
- ✓ la signature avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens après 59 années de fonctionnement hors convention
- ✓ la modification de l'organigramme avec la création d'un poste de directeur médical prévu début 2008 qui sera assuré par le Docteur Lavoine

Ces nombreux et profonds changements provoquent un nécessaire bouleversement des pratiques. Le Projet Médical a pour vocation d'en décrire les principales orientations pour les cinq années à venir.

Après avoir posé le cadre juridique qui régit le fonctionnement de la clinique, nous présenterons le temps médical puis l'organisation et les modalités pratiques du travail effectué par les médecins. Nous mettrons alors en exergue les points forts et les points qui devraient être améliorés pour finir sur les orientations du Projet Médical.

Enfin, nous rappelons que la philosophie générale de ce projet vise à conjuguer deux impératifs :

***maintenir le savoir faire de la maison tout en nous inscrivant pleinement
dans la démarche qualité portée par l'accréditation.***

3.1 Le cadre juridique

Le projet médical est un des éléments pivots du projet d'établissement.

Son cadre juridique est défini par la loi du 31 juillet 1991 puis confirmé et précisé par l'ordonnance du 24 Avril 1996.

L'année 2007 est une année exceptionnelle puisqu'elle s'inscrit pour toujours dans nos mémoires comme l'année de la contractualisation de la clinique avec les tutelles, par la **signature du CPOM**, mis en place depuis le 1^{er} juin.

L'hospitalisation en psychiatrie est soumise à la loi du 27/06/1990. Nous rappelons ici que notre établissement ne reçoit que des patients dont l'état ne relève **pas des hospitalisations sous la contrainte** : le service libre est la condition légale à toute admission et toute prise en charge dans la clinique.

3.2 - Présentation du temps médical

Le temps médical s'organise de la façon suivante :

- quatre médecins libéraux associés, sont identifiés comme « *médecins référents* » des prises en charge des patients hospitalisés dans le cadre du temps plein
- un médecin salarié responsable de l'hôpital de jour identifié comme « *médecin hôpital de Jour* » exerce à temps partiel équivalent à un peu moins d'un mi-temps
- quatre médecins salariés identifiés comme « *médecins d'accueil* » assurent la permanence médicale de 13 heures à 18 heures, soit 25 heures par semaine du lundi au vendredi
- un pool de médecins salariés identifiés comme « *médecins de garde* » assure la permanence médicale la nuit de 18 heures à 8 heures et les week-ends et jours fériés

- un pool de médecins libéraux identifiés comme « *médecins remplaçants* » qui assurent les visites auprès des patients lors des périodes de vacances des médecins référents et les week-ends
- un médecin généraliste libéral attaché à la clinique identifié comme « *médecin somaticien* ». Il est appelé lorsque cela est nécessaire pour coordonner la prise en charge des affections somatiques intercurrentes.

La constitution de ces différentes équipes médicales est stable depuis plusieurs années. Tous ces médecins sont qualifiés en psychiatrie. Seul le médecin somaticien est généraliste.

Il nous apparaît intéressant de préciser que les quatre médecins référents libéraux exercent leur activité libérale dans des cabinets à la clinique. Cela leur permet d'être immédiatement joignable en cas de nécessité.

3.3- Organisation du travail des médecins

Nous distinguerons le travail en hospitalisation temps plein de celui en hôpital de Jour.

3.3.1 En hospitalisation temps plein

Pour énumérer de façon exhaustive le travail des différents médecins qui interviennent à la clinique, il nous apparaît intéressant de nous baser sur les différents temps médicaux que connaissent les patients dans le cadre de leur prise en charge à la clinique du premier contact avant l'admission jusqu'à leur sortie :

- le patient, sa famille, son médecin généraliste, son psychiatre ou une institution (SAU, Unité de 72h...) fait une demande d'hospitalisation. Un **médecin référent** le matin, un **médecin d'accueil** l'après-midi reçoit cette demande par téléphone, le plus souvent. Il remplit une demande d'admission en émettant un premier avis médical. Cette demande est ensuite traitée dans les 24 heures par la Commission des Admissions après réception de la médicalisation de la demande, mot du médecin adresseur si ce n'est pas lui qui a appelé initialement, et informations

concernant les conditions de prise en charge administratives du patient (caisse de sécurité sociale et mutuelle)

- à l'arrivée du patient à la clinique, après son passage par le service des admissions pour établir un dossier informatisé, il est reçu pour un premier entretien médical par le **médecin d'accueil** qui établit les bases du cadre de soins (prescription du traitement initial, prescription de bilans, définition des consignes particulières...)
- le **médecin référent** se présente lors de sa contre-visite et établit un premier lien en l'informant des modalités du suivi médical
- le patient verra en entretiens privés dans sa chambre son **médecin référent** quatre jours par semaine. Le cinquième jour, la visite est assurée par un médecin associé du médecin référent. Les entretiens et visites de surveillance du week-end et des jours fériés sont réalisés par les **médecins remplaçants**.
- en cas de nécessité, l'équipe soignante fait appel au **médecin d'accueil** ou au **médecin de garde** pour que ce dernier ait un entretien avec le patient et puisse répondre à la difficulté.
- le jour de la sortie, le **médecin référent** a un dernier entretien avec le patient. Il lui remet l'ordonnance de sortie, un arrêt de travail si besoin et s'assure que l'organisation de la prise en charge ultérieure du patient est effective.

L'ensemble des entretiens médicaux, y compris ceux établis lors d'appel d'urgence, sont reportés dans le dossier de soins du patient tout comme les prescriptions et les consignes spécifiques. Cela permet à tout instant à n'importe quel médecin qui exerce à la clinique et qui serait appelé au sujet d'un patient de savoir où ce dernier en est dans sa prise en charge. Cette traçabilité des entretiens, des prescriptions et des consignes spécifiques est garante d'une bonne coordination de la prise en charge.

Enfin, des contacts privilégiés avec les médecins correspondants permettent de les informer sur la prise en charge de leur patient par trois moyens :

- ❖ courrier adressé systématiquement et automatiquement informant le confrère de l'arrivée du patient à la clinique
- ❖ appels téléphoniques en cours de séjour
- ❖ compte rendu d'hospitalisation après la sortie du patient adressé par voie postale

Sur le plan institutionnel, les différents médecins ont pour consignes de privilégier les échanges avec les équipes soignantes lors de leurs visites quotidiennes.

Une réunion de synthèse hebdomadaire pluridisciplinaire a lieu le vendredi de 13h00 à 14h00 pour le temps plein et de 14h00 à 15h00 pour l'hôpital de Jour. Elle réunit les médecins, les cadres infirmier(e)s, les infirmier(e)s, les aides soignant(e)s, les psychologues, l'art thérapeute et les stagiaires infirmier(e)s et psychologues. Au cours de celle-ci, le dossier de chaque patient en cours d'hospitalisation est évoqué. C'est donc un moment riche et privilégié d'échanges entre les différents acteurs de la prise en charge du patient.

3.3.2 En hôpital de jour

Lorsqu'un patient est adressé en hôpital de Jour (HDJ), le processus d'admission est le suivant :

- le médecin de l'HDJ reçoit la demande par téléphone ou courrier voire courriel. Il programme un premier entretien d'admission pour évaluer la demande. A l'issue de cet entretien et après consultation de l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJ, il informe le patient si sa candidature est valide. Dans le cas où elle l'est, il programme avec le secrétariat médical l'admission du patient un lundi pour que ce dernier passe une semaine d'évaluation.
- à la fin de cette première semaine, l'admission définitive est confirmée ou pas. Si elle l'est, le cadre spécifique à chacun des patients est mis en place avec détermination exacte des jours de présence et des activités thérapeutiques auxquelles le patient s'engage à participer.
- un ou une psychologue référent(e) est déterminé(e) pour chaque patient. Il le verra en entretiens régulièrement tout au long de la prise en charge.
- l'infirmière de l'HDJ est garante de la continuité des soins infirmiers tout au long de la prise en charge. De part sa proximité et sa disponibilité, elle noue une relation thérapeutique privilégiée avec le patient. Elle peut être amenée à intervenir

dans de multiples domaines comme ceux de la psychoéducation du patient, l'apprentissage des règles d'hygiène de vie de base, la mise en place de soins en rapport avec l'hygiène alimentaire dans le cadre de la prévention des surcharges pondérales parfois induites par les médicaments antipsychotiques.

- le médecin de l'HDJ veille à la continuité médicale du suivi. Il répond aux demandes de l'équipe pluridisciplinaires concernant chaque patient. Il anime la réunion de synthèse HDJ du vendredi de 14h00 à 15h00.
- à la fin du séjour, le patient est à nouveau reçu en entretien par le médecin accompagné de la psychologue référente.

Tout au long de la prise en charge, le médecin veille à la bonne collaboration des différents interlocuteurs intervenants dans la prise en charge du patient.

3.4 Points forts

Un grand principe s'applique à la prise en charge, celui du « **cas par cas** » ; c'est à dire adapter les traitements, les consignes, les indications d'activités, le projet de prise en charge à chaque patient.

Pour cela l'organisation du travail médical permet de mettre en avant les points suivants :

- **cohérence du suivi médical** dans l'organisation de ses visites
- engagement pris vis-à-vis du patient d'avoir **toujours** sur place **le même médecin référent**, y compris en cas d'une nouvelle hospitalisation
- travail en équipe et élaboration du projet de soins de façon partagée avec **l'implication de l'ensemble des soignants**
- souci permanent de **transparence**, d'**information** et d'**explication auprès du patient et de son entourage** concernant les temps forts de la prise en charge
- **collaboration réactive** entre l'hospitalisation temps plein et l'HDJ avec un échange à propos des prises en charge

- **travail** en collaboration **avec les correspondants** qui nous adressent leurs patients
- **stabilité de l'équipe médicale**, y compris du médecin généraliste, des médecins spécialistes qui interviennent sur la structure
- La synthèse du vendredi reste un temps essentiel au partage des informations et de la **circulation de la parole soignante**

3.5 Les aspects à améliorer

Dans une institution en pleine mutation et évolution, certains aspects nous semblent insuffisants face à nos exigences de soignants. Parmi ceux-ci nous souhaitons :

- rationaliser la gestion des entrées et des sorties
- consolider la dynamique institutionnelle par la définition d'un rythme de réunions sous la forme d'un rétro planning
- restaurer une réflexion théorique nécessaire à tout travail en psychiatrie dans le but de stimuler l'intérêt de tous
- remettre à plat la gestion documentaire concernant les procédures, les protocoles, le dossier du patient ...
- intégrer et maîtriser de façon plus soutenue la démarche qualité dans nos préoccupations de soignants.
- optimiser la tenue des dossiers des patients avec le projet de son informatisation

On le voit bien, ces constats nous imposent de déterminer ce qui sera nos priorités en terme de projet médical.

3.6 Les orientations du projet médical

Les orientations et actions prioritaires du projet médical sont conformes aux engagements que la clinique a pris en signant avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en juin de cette année un CPOM.

3.6.1 Orientations stratégiques prioritaires de la clinique

Le territoire de santé 92-2 concerne 372 375 habitants ce qui représente 3,36 % de la population d'Ile de France. Il a la particularité d'englober Boulogne Billancourt, la plus grosse commune après Paris. La superficie du territoire représente 1/3 de celle du département.

Idéalement située au sein du territoire de santé, la clinique souhaite développer **4 axes de collaborations prioritaires** :

1. avec l'hôpital intercommunal Saint-Cloud, Sèvres, Ville d'Avray et Chaville
2. avec le SAU de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne Billancourt
3. avec l'hôpital de Jour pour adolescents de Ville d'Avray, structure associative loi 1901, non sectorisée
4. avec les maisons de retraite du secteur géographique (hospitalisation pour bilan et consultation)

3.6.2 Actions prioritaires en relation avec les priorités du SROS III

La clinique définit **4 axes prioritaires** en relation avec les priorités du SROS III :

3.6.2.1 Favoriser et participer à l'organisation et à la lisibilité du parcours de soins :

C'est en cherchant à signer des conventions de collaboration avec les 3 hôpitaux suscités que la clinique souhaite réussir à améliorer le parcours de soins des patients en psychiatrie sur le territoire de santé.

3.6.2.2 La prise en charge des personnes âgées :

La clinique reçoit en hospitalisation un nombre significatif de personnes âgées. Les médecins rencontrent beaucoup de difficultés pour trouver des places pour cette population de patients quand ils perdent leur autonomie et que leur état psychique est stabilisé. Ils souhaitent développer une coopération avec une unité spécialisée en gérontologie pour améliorer la prise en charge et le devenir des personnes âgées hospitalisées à la clinique. Un projet de création de 120 lits de psychogériatrie a été annoncé par la DRASS sur le territoire de santé.

De plus la clinique se propose de développer une collaboration plus étroite avec les maisons de retraite les plus proches géographiquement sur le territoire de santé pour apporter ses compétences et moyens techniques dans la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée.

3.6.2.3 La psychiatrie et la Santé Mentale :

Par le développement de collaborations avec les hôpitaux généraux du territoire de santé immédiatement à proximité, la clinique souhaite contribuer au rapprochement des lieux d'hospitalisation publique mais aussi à une meilleure orientation depuis les SAU ou services d'urgence lorsque l'indication d'hospitalisation est posée.

De plus, compte tenu de la diversité et de la spécificité des activités thérapeutiques proposées au sein de l'hôpital de Jour, l'établissement souhaite développer une plus grande collaboration avec le CMP du secteur de psychiatrie générale 92 G13, rattaché à l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif, qui se situe non loin de Ville d'Avray, à GARCHES.

3.6.2.4 Inscrire ses activités dans le cadre d'un fonctionnement en réseau :

Les médecins souhaitent poursuivre leur participation dans le développement du réseau de soin spécialisé dans la prise en charge des patients atteints de dépression « *DEPSUD* ». Le médecin directeur de la clinique est membre du Comité de Pilotage de ce réseau ville-hôpital développé en collaboration avec le service de psychiatrie public du Kremlin-Bicêtre sous la présidence du Professeur Hardy.

Compte tenu du grand nombre de demande d'admission pour des difficultés en rapport avec des troubles de dépendance à l'alcool, les médecins ont décidé de promouvoir l'idée de créer un réseau de soin avec les structures spécialisées voisines. Le service d'alcoologie de l'hôpital Saint-Cloud leur apparaît être la première structure avec laquelle ce réseau pourrait voir le jour.

3.6.3 Actions prioritaires en relation avec le plan régional de santé publique

L'objectif de ces actions prioritaires est pour les médecins de la clinique d'être des acteurs de la promotion des comportements favorables à la santé.

Trois axes paraissent prioritaires :

- ✓ ***lutte contre la tabagisme*** : développer une information et un accompagnement incitant à l'arrêt du tabac pendant et au décours de l'hospitalisation
- ✓ ***lutte contre l'alcoolisme*** : hébergement d'une réunion hebdomadaire, le mardi soir dans les locaux de la clinique, du groupe des Alcooliques Anonymes avec incitation auprès de l'ensemble des patients hospitalisés pour cette difficulté d'y participer
- ✓ ***risques métaboliques liés à la prescription d'antipsychotiques atypique*** : face aux conséquences graves induites par les troubles métaboliques (hypercholestérolémie, diabète, ...) qui peuvent apparaître secondairement à la prescription de nouveaux antipsychotiques, les médecins ont choisi de développer une grande réflexion autour d'une EPP sur ce sujet.

3.6.4 Les priorités institutionnelles du projet médical

Le projet médical réunit l'ensemble des médecins. A côté des grands axes prioritaires cités ci-dessus, des orientations qui touchent l'ensemble du personnel des différentes unités fonctionnelles en interne ont été définis :

- ✓ mettre en place une commission des admissions afin d'optimiser le turnover des hospitalisations temps plein
- ✓ revoir complètement le fonctionnement du circuit du médicament, fortement modifié depuis le conventionnement. Pour ce faire inclure ce thème dans le cadre d'une EPP
- ✓ optimiser le dossier du patient en révisant sa conception avec comme objectif le passage en douceur au dossier patient informatisé
- ✓ réactualiser les fiches de poste des médecins salariés
- ✓ agrandir le plateau de consultations afin de mieux répondre au grand nombre de demandes locales de suivi psychiatrique. Participer au projet de grands travaux que souhaite programmer la direction pour la création de surface de bureaux
- ✓ créer et développer un pôle d'enseignement et de réflexion théorique s'adressant aux soignants et aux stagiaires infirmières et psychologues. L'organisation pratique de ce pôle pourrait avoir lieu par la création d'une association scientifique de type loi 1901
- ✓ encourager les soignants à plus s'intéresser à la formation professionnelle en les réunissant pour définir avec eux des projets de formation pour les soumettre ensuite aux représentants du personnel et à la direction

IV. LE PROGRAMME D'ÉTABLISSEMENT

Le programme d'établissement définit les équipements en lits et places nécessaires à la réalisation du projet médical, en conformité avec la carte sanitaire et le SROS III.

4.1 Présentation de l'établissement

La Clinique Médicale de Ville d'Avray spécialisé en psychiatrie prend en charge que cela soit en hospitalisation temps plein ou en hôpital de Jour les patients souffrants de :

- ✓ troubles anxieux,
- ✓ troubles dépressifs,
- ✓ troubles psychotiques et schizophréniques,

- ✓ troubles alcooliques,
- ✓ troubles de la personnalité

La population accueillie comprend des hommes et des femmes adultes.

Les tranches d'âge se décomposent ainsi (chiffres année 2006) :

Age	%
18 – 25	10
26 – 64	73
> 65	17

L'origine géographique des patients hospitalisés en 2006 se répartit ainsi :

Département	%
92	39
75	30
78	14
Autres	17

4.2 Le programme de l'hospitalisation temps plein

Depuis l'application du nouveau SROS de 3^{ème} génération, on ne parle plus d'autorisation de fonctionner en terme de lits mais en terme d'Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS). Ils sont définis dans le SROS par territoire de santé.

La clinique est un établissement qui ne relève pas de la sectorisation psychiatrique et qui se situe sur le Secteur de psychiatrie générale 92 G13 rattaché à l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif sur le **territoire de santé 92-2**.

Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins sur le territoire de santé 92-2 définit pour l'hospitalisation temps plein annuellement est de :

16 400

Cela signifie que nous sommes autorisés à soigner quotidiennement en temps plein :

$$\frac{16400}{365} = 44,93$$

Compte tenu du nombre de 45 lits installés dans l'établissement, cela signifie que nous sommes autorisés à fonctionner avec un taux d'occupation quotidien de 100 %.

Les OQOS fixe aussi un seuil bas à ne pas franchir sous peine de se voir certainement redéfinir son seuil maximum à une valeur inférieure. A la clinique le seuil bas est de :

11 700

Ce seuil bas correspondrait à un taux d'occupation annuel de 71,34 %.

4.3 Le programme de l'hospitalisation de Jour

La clinique a longtemps été, grâce à ses psychiatres fondateurs les Dr Charles Brisset et Jacques-Alfred Gendrot, le seul établissement privé spécialisé en psychiatrie doté d'une alternative à l'hospitalisation temps plein. En effet, la demande de création de cette structure remonte à 1967. Il fallait être bien avant-gardiste, pour penser quarante ans avant les autres, que l'hospitalisation de Jour allait devenir un incontournable de la prise en charge globale du patient surtout en psychiatrie.

Sur le territoire de santé 92-2, l'hôpital de Jour est doté d'un OQOS de :

4745

L'HDJ étant ouvert du lundi au vendredi soit 5 jours par semaine, cela signifie que l'HDJ peut accueillir en moyenne jusqu'à vingt patients par jour.

V. LE PROJET MÉDICO-TECHNIQUE

5.1 La pharmacie

Il n'y a pas de pharmacie à usage interne à la clinique.

Actuellement nous fonctionnons en nous approvisionnant par le biais d'une pharmacie de ville. Avant la signature du CPOM l'absence de pharmacie à usage interne (PUI) ne posait pas de problème particulier puisque les médicaments étaient entièrement refacturés à la charge du patient. Depuis la signature en juin dernier, l'assurance maladie attribue à la clinique une somme forfaitaire par jour dite forfait pharmacie. Ce forfait ne couvre absolument pas ce que coûte en moyenne une journée de traitement à la clinique.

Une fois ce constat économique établi, compte tenu des nouvelles législations au sujet du circuit du médicament dans lequel intervient la pharmacie, les médecins décident de programmer un travail dans le cadre d'une EPP sur ce sujet au cours de l'année 2008.

Il semble d'ores et déjà vraisemblable, avant le retour des conclusions de ce travail, qu'il sera nécessaire d'envisager l'équivalent d'une PUI à la clinique.

5.1.1 Objectifs

La mission du « service pharmacie » est de répondre aux besoins en médicaments des patients hospitalisés à la Clinique Médicale de Ville d'Avray.

5.1.2 Stratégie

- ✓ Participation de la pharmacie à l'évaluation du circuit du médicament
- ✓ Poursuite de la démarche assurance-qualité au service pharmacie
- ✓ Suivi de la pharmacovigilance
- ✓ Coresponsabilité de la matériovigilance
- ✓ Adhésion au groupement d'achats de médicaments CAHP
- ✓ Adhésion au groupement d'achats de pansements et de matériel à usage unique de la CAHP

5.1.3 Plans d'action

- Participation à la qualité et à la pharmaco-vigilance

Rédaction des procédures internes, notamment celles concernant l'utilisation et la distribution des médicaments et de l'utilisation des dispositifs médicaux.

Etude de faisabilité de la préparation par la pharmacie des traitements des patients partant en permission.

Travail en collaboration avec le CLIN pour la lutte contre les maladies nosocomiales.

- Coût des thérapeutiques

Inventaires exhaustifs des armoires de service dans le cadre de la gestion des dates de péremption tant dans les unités de soins qu'au niveau de la pharmacie.

Développement d'outils d'information destinés aux médecins pour les informer quant au coût de leurs prescriptions, avec un coût moyen mensuel et l'évolution au cours de l'année.

Validation pharmaceutique des ordonnances de prescription et substitution éventuelle, selon le thésaurus à définir avec priorisation des génériques.

- Formation-Information

-Formation/Initiation du pharmacien à la pharmaco-économie.

-Formation/Perfectionnement d'un pharmacien à l'assurance qualité.
-Mise à jour du thésaurus propre à la clinique
-Réunions d'information du service pharmacie sur des thèmes d'actualité : nouveaux produits, nouvelles procédures ou nouveaux textes réglementaires.

- Organisation

Recrutement d'un docteur en pharmacie diplômé d'état, salarié sur l'équivalent de quinze heures par semaine.

Définition de la personne habilitée à recevoir un transfert de compétence et de responsabilité du pharmacien en son absence pour accéder à la pharmacie en cas d'urgence en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie.

Visite des infirmeries des unités de soin de façon hebdomadaire.

Programmation, passation des commandes et réception des médicaments pour assurer une bonne gestion du stock en pharmacie avec réalisation d'un inventaire complet trimestriel.

5.2 Le laboratoire

La clinique médicale de Ville d'Avray n'a pas de laboratoire en intra. Elle a pour habitude de travailler avec un laboratoire de biologie médicale à Ville d'Avray. Ce dernier suit le Guide de Bonne Exécution des Analyses (GBEA), véritable instrument au service de la qualité. Les règles et les recommandations contenues dans le guide constituent un rappel de tout ce qu'il convient de se procurer, d'organiser, de vérifier, de respecter, d'étudier, de conserver pour obtenir l'exactitude et la précision des résultats. C'est une exigence de la biovigilance.

Dans le cadre du nouveau Projet d'Etablissement, la clinique prévoit de contractualiser une convention d'exercice avec ce laboratoire courant 2008.

5.3 Le plateau technique

La Clinique Médicale de Ville d'Avray a le souci de s'inscrire dans un réseau de soins. C'est ainsi qu'une collaboration inter-établissement avec la Clinique du Val d'Or à Saint-Cloud, de par sa proximité géographique, est une réalité forte en matière d'organisation des soins et de la prise en charge des soins somatiques (médecine, chirurgie, radiologie) des patients hospitalisés en psychiatrie.

Cette collaboration devrait faire l'objet prochainement d'un contrat d'exercice.

Par ailleurs, un plateau technique de qualité sur le plan des médecins intervenant permet d'assurer la prise en charge des soins somatiques à l'intérieur de l'Etablissement :

C'est ainsi qu'interviennent en tant que vacataires : un interniste, un cardiologue, un neurologue et un gastroentérologue.

VI. PROJET DE SOINS INFIRMIERS

Le départ de deux cadres de santé en moins d'un an donne à ce projet une grande importance tant il servira de fil conducteur à la nouvelle équipe de surveillantes.

La Direction des Soins, à laquelle s'associe le Directeur Médical, définit de manière participative les principaux axes de la nature des soins infirmiers et se porte garante de son organisation, de ses conditions de travail et de la qualité des soins.

On peut considérer les soins infirmiers comme la pierre angulaire de la qualité des soins car le malade est en contact avec infirmiers et aides soignant vingt quatre heures sur vingt quatre.

La responsabilité de l'équipe dirigeante est donc de donner aux soignants les moyens d'assurer leur mission au sein de l'établissement dans le respect de la démarche qualité visant à l'accréditation.

Il est enfin utile de rappeler la nécessité d'une parfaite concordance entre projet médical et projet de soins infirmiers.

Après avoir posé le cadre juridique dans lequel travaillent les soignants, nous exposerons leur organisation puis la nature de leur travail ainsi que les principales mises en situations professionnelles. Ceci nous permettra de dégager les points forts et les aspects à améliorer afin de préciser les orientations du projet infirmier.

6.1 Le cadre Juridique

✓ Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996

La réforme hospitalière a pour objectifs:

- de préserver et d'améliorer la qualité des soins,
- de donner des droits aux malades,
- d'assurer l'accès de l'hôpital à tous quelque soit ses moyens,

- de laisser à l'usager la possibilité de choisir son lieu de soin.
 - ✓ La loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière
- reconnaît la Direction du Service de Soins Infirmiers (D.S.S.I) en créant une nouvelle instance consultative, la Commission du Service de Soins Infirmiers (C.S.S.I)
 - ✓ Le décret n°93-221 du 16 Février 1993
- relatif aux règles professionnelles des infirmier(e)s, il détermine les dispositions communes à l'ensemble des professionnels ainsi que l'éthique de la profession et les devoirs envers les patients.
 - ✓ Le décret n°93-345 du 15 Mars 1993
- détaille les actes de soins qui sont du ressort de l'infirmier(e), leurs conditions légales d'exécution et la place de l'infirmier(e) dans la formation des stagiaires.

6.2 L'organisation du temps infirmier et aide soignant

L'hospitalisation temps plein comporte quatre unités de soins :

- ✓ l'unité dite du « *pavillon* » a une capacité d'accueil de 10 lits
- ✓ l'unité dite du « *1^{er} étage* » a une capacité d'accueil de 12 lits
- ✓ l'unité dite du « *2^{ème} étage* » a une capacité d'accueil de 11 lits
- ✓ l'unité dite du « *3^{ème} étage* » a une capacité d'accueil de 12 lits

L'unité du troisième étage est l'unité d'accueil pour les patients en phase aiguë. Dotée d'une porte fermée à clé, elle permet de gérer les allées et venues des patients en fonction des autorisations médicales prescrites.

Au troisième étage et au pavillon, la présence infirmière est assurée 24h sur 24 h sous la forme d'un roulement de service en 12heures « *8H-20H ; 20H-8H* » avec un temps de transmissions de 20 minutes à chaque changement d'équipe.

Au premier et deuxième étage, une infirmière est présente dans chaque unité fonctionnelle de jour entre 8h00 et 20h00. Pour le roulement de nuit, un binôme infirmière - aide soignante fonctionne pour les deux étages.

La présence aides soignantes (AS) s'organise de la façon suivante :

- 2 AS de jour la semaine
- 1 les week-ends et jour fériés
- 1 AS toutes les nuits

6.3 Le travail des soignants et la relation soignant-soigné

La philosophie des soins infirmiers à la clinique est centrée sur la relation soignant-soigné. Elle repose sur trois principaux axes de travail :

- le relationnel
- les soins à proprement parler
- les tâches administratives

6.3.1 Le relationnel

Il n'y a pas de soins possibles, surtout en psychiatrie, sans qu'au préalable l'infirmière noue une relation avec son patient. Pour établir cette relation, il faut :

- de la disponibilité
- de l'écoute, de l'observation pour comprendre la situation du patient
- de l'accompagnement, de l'empathie
- une capacité d'analyse des problèmes du patient associée à la capacité d'entreprendre pour amener des réponses aux difficultés du patient
- montrer un profond respect à la personne, respect de sa dignité et des différences qu'il peut présenter du fait de sa pathologie.

Pour cela, l'infirmière peut avoir recours à la mise en place :

- d'une relation d'aide
- d'échanges informels
- d'entretiens infirmiers

- d'une surveillance particulière face à un risque identifié
- d'une véritable interface entre le patient et son entourage

L'ensemble de ces actes infirmiers est retranscrit dans les transmissions ciblées du dossier du patient.

6.3.2 Les soins

On entend ici mettre en exergue les soins qui rythment la journée du travail infirmier auprès du patient :

- ✓ la préparation des piluliers, la distribution des médicaments
- ✓ les soins dits « invasifs » sous la forme de pose de perfusion, d'injection intramusculaire, le changement d'un pansement ou le soin d'une plaie.
- ✓ la prise des constantes

L'intégralité de ces soins sont datés, signés et tracés dans le dossier du patient selon les attentes qui nous lient à la démarche d'accréditation.

6.3.3 La partie administrative inhérente à la fonction

Les infirmières participent, à leur place, aux obligations administratives en réponse aux soins qu'elles prodiguent :

- la tenue des dossiers en respectant le circuit du dossier
- la traçabilité de l'ensemble des actes infirmiers
- la participation aux signalements des événements indésirables
- l'anticipation des commandes de médicaments en lien avec le cadre de santé
- l'encadrement des stagiaires infirmières

6.4 Les principales mises en situation professionnelles

Il s'agit là de lister quelques unes des situations de soins fréquemment rencontrées dans le travail infirmier à la clinique :

- ✓ l'accueil à l'admission des patients
- ✓ encadrer les rencontres avec les proches autorisés et la famille
- ✓ présenter, expliquer et faire respecter le règlement intérieur

- ✓ assister le médecin dans la mise en place du cadre de soins
- ✓ travailler sur la compliance et l'observance du traitement
- ✓ tenir un rôle de médiateur qui va favoriser l'acceptation de la maladie par le patient et son environnement
- ✓ servir de relais auprès du médecin dans les informations à transmettre aux patients
- ✓ rechercher l'alliance thérapeutique

Ces différentes situations professionnelles ne se conçoivent qu'à partir d'un travail d'équipe de qualité qui s'appuie sur :

- ✓ les échanges quotidiens avec les médecins référents ou leur remplaçants lors de leurs visites dans les unités de soin
- ✓ le temps et la qualité des transmissions entre les équipes de jours et de nuits quotidiennement à la relève
- ✓ la participation à la synthèse hebdomadaire du vendredi après-midi
- ✓ les échanges avec l'équipe pluridisciplinaire de l'HDJ lors des réunions communes et quotidiennement lorsqu'elle fait le tour des chambres des patients
- ✓ les échanges avec l'équipe d'accueil au standard, les services techniques et le service de la restauration à la clinique
- ✓ la collaboration et la participation active avec les aides soignant(e)s dans les tâches communes autour du patient

Enfin, dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité, la bonne connaissance et réalisation des procédures et protocoles dans le cadre des soins infirmiers est placée sous la responsabilité des cadres infirmiers supervisé par la RAQ.

6.5 Les points forts du soin infirmier

On l'aura bien compris, la grande force de la fonction soignante à la clinique est de se concentrer sur la « *relation soignant-soigné* » en tenant compte de tous ces aspects, rejoignant ici la prise en compte du « *cas par cas* » mise en avant dans le projet médical.

De ce grand principe découlent les points forts suivants :

- ✓ une organisation homogène des soins infirmiers
- ✓ un partage des savoirs avec les autres acteurs de l'institution au cours des points de rencontre quotidien
- ✓ l'implication des cadres, facilité par leur roulement qui calque celui des infirmières en douze heures, dans les temps de transmission des équipes permettant ainsi le lien entre les infirmières de nuit et de jour
- ✓ la collaboration entre infirmiers et aides soignants donne satisfaction

- ✓ les objectifs des différentes prises en charge sont bien perçus
- ✓ la présence de stagiaires infirmiers et aides soignants a un rôle stimulant et permet parfois des remises en question constructive.

6.6 Les aspects à améliorer

Dans cette dynamique infirmière, certains aspects nous paraissent améliorables :

- ✓ la communication avec les services, en particulier avec les services administratifs et de restauration pose parfois quelques problèmes
- ✓ améliorer les différents roulements des plannings infirmiers afin de stabiliser au mieux les équipes des différents services
- ✓ développer les réunions d'équipe afin de faire circuler la parole soignante et ainsi dynamiser la vie institutionnelle
- ✓ un travail de sensibilisation plus soutenue quant à la prise en compte des procédures et protocoles mis en place dans la maison
- ✓ implication plus importante dans les demandes de formation
- ✓ communication insatisfaisante avec les équipes de nuit.

Ces différentes constatations nous amènent à énumérer les principales orientations du projet infirmier.

6.7 Les orientations du projet infirmier

Les orientations du projet infirmiers visent à optimiser encore plus la nature de l'implication des soignants dans les prises en charge, à savoir assurer une présence et une disponibilité auprès des patients tout en intégrant les exigences de la démarche qualité dans laquelle nous sommes engagés.

6.7.1 La démarche qualité

Il s'agit d'intégrer pleinement le rôle de la Responsable Assurance Qualité au plus près des préoccupations soignantes tant pour ce qui est des protocoles de soins appliqués par les infirmier(e)s et les aides soignant(e)s que pour participer à la dynamique de la démarche dans sa globalité (participation aux groupes de travail ...).

L'accent sera particulièrement mis sur trois des axes majeurs de cette démarche :

- la formation
- l'information
- de traçabilité des soins dispensés aux patients

Pour atteindre ces objectifs, la RAQ est en charge de la mise en place d'un calendrier annuel dans le cadre du Plan Assurance Qualité dans lequel figureront les évaluations sous la forme d'autoévaluations (dossier ...), d'un planning de formation en rapport avec la politique de formation gérée par les ressources humaines.

6.7.2 Les priorités du projet infirmier

Les priorités du projet infirmiers concernent l'ensemble des soignants (infirmières et aides soignants). Elles se déclinent ainsi :

- ✓ soutenir les efforts des encadrants, cadres de soin, directeur médical, responsable assurance qualité, pour accompagner et soutenir le personnel de soin dans leurs demandes ou l'expression des difficultés qu'ils pourraient rencontrer
- ✓ rationaliser les roulements des différentes équipes, infirmier(e)s et aides soignant(e)s pour continuer à assurer la continuité des soins tout en respectant la budgétisation fixée par la direction
- ✓ rétablir des réunions d'équipes animées par un binôme composé par le cadre de santé et le directeur médical, pour perpétuer le dialogue avec chacun et veiller à la transmission du rappel des bonnes pratiques
- ✓ impliquer les soignants dans le travail très important de tenue des dossiers. Prévoir une formation informatique adaptée au niveau de chacun lorsque le dossier patient sera informatisé
- ✓ améliorer l'esprit du travail d'équipe en favorisant la circulation de la parole soignante lors des différents temps d'échange proposés par l'institution
- ✓ mettre en place des entretiens individuels encadrés par le cadre de santé ou le directeur médical afin de faire le bilan annuel du travail effectué avec chacun
- ✓ proposer des réunions d'équipe compatible avec les horaires du personnel de nuit
- ✓ veiller à une meilleure intégration de la fonction d'aide soignant dans le quotidien du travail infirmier

VII. LE PROJET SOCIAL ET DE FORMATION

Le projet social définit une politique d'évaluation des besoins en personnel, le recrutement, la formation, la carrière, la cessation d'activité, la santé, la sécurité, les conditions de travail et les relations sociales. Ce document exprime donc les grandes priorités, les intentions et les objectifs du corps social en matière de politique sociale.

Organisé autour de deux chapitres clés, regroupant les parties de ce projet, organisation du travail, conditions et relations de travail d'une part, besoins en personnels et carrière de l'autre, ce document se veut résolument ambitieux et mobilisateur. Ainsi dans le cadre du Projet d'Etablissement, le projet social participe aux grands axes stratégiques de la politique définie par celui-ci.

7.1 Organisation, conditions et relations de travail

*"Des professionnels au service des malades,
une gestion des ressources humaines au service des personnels".*

Le fait de partager le poste de direction financière et direction des ressources humaines permet de mettre en oeuvre l'ensemble des moyens qui sont disponibles pour améliorer la performance de l'établissement par l'application des objectifs du projet social qui prévoit une gestion du personnel au service des personnels.

La direction des ressources humaines accompagne les changements nécessaires afin de permettre à la clinique de s'adapter à un environnement économique et sanitaire en mutation. Pour y parvenir, elle doit compter sur l'adhésion de l'ensemble de son personnel qui constitue la principale richesse de l'établissement.

C'est pourquoi, au-delà de la gestion purement statutaire liée à sa fonction, la direction des ressources humaines, en étroite collaboration avec les directions fonctionnelles et plus particulièrement la direction du service des soins infirmiers, se préoccupe des conditions de travail des professionnels.

Les différents objectifs qui suivent nous permettront de renforcer la qualité des prestations offertes et de rendre encore plus opérant le professionnalisme des agents.

7.2 Dynamiser la politique sociale de l'établissement

Une politique sociale dynamique nécessite la mobilisation du plus grand nombre. C'est pourquoi toutes les réflexions favorisant les relations de travail, les actions de communication, renforceront notre communauté et devront être encouragées en se traduisant par les sous-objectifs suivants :

7.2.1 Développer le sentiment d'appartenance à l'institution

Il faut accompagner les axes directeurs du projet d'établissement, en partie transversaux, d'une réflexion commune et de l'adhésion du plus grand nombre.

Il faut que le projet d'établissement soit diffusé et connu du personnel qui se l'appropriera lors des discussions interne aux services et lors des échanges en réunions d'équipe. À ce titre, il est rappelé que les informations sont généralement données pour être diffusées, l'encadrement intermédiaire joue un rôle particulièrement important à ce niveau.

Pour que le personnel s'investisse sereinement dans son travail, l'institution s'engage à assurer sa défense en cas de problème et a souscrit une assurance-protection juridique à cette fin.

L'évolution positive de la réponse à la question portant sur ce thème lors des prochaines enquêtes sur l'amélioration des conditions de travail remplis par les agents servira d'évaluation des résultats de celui-ci.

7.2.2 Favoriser la convivialité et initier des démarches associatives en matière de communication

Nécessaires à toute mobilisation, ces principes s'expriment par le biais d'une communication adaptée associant les agents aux changements relatifs à la vie de l'établissement. L'élaboration commune et la diffusion des protocoles d'informations accessibles et efficaces seront de nature à mobiliser l'ensemble du personnel. D'autre part, il faut maintenir, voire développer, les manifestations permettant de se rencontrer tous ensemble (vœux du début d'année, pot de départ à la retraite, fête de la musique, etc ...).

La volonté de communication est liée à celle de transparence. De ce fait, les documents de gestion sont accessibles à tous. La participation de chacun à la rédaction d'articles pour « *Le trait d'Union* », journal interne à la Clinique, est activement souhaitée et oeuvrerait dans le sens d'une meilleure association des agents à la vie institutionnelle et culturelle de la clinique.

Les comptes-rendus des réunions de délégué du personnel sont diffusés à l'ensemble des agents via le tableau d'affichage dédié.

La direction apprécie les remontées d'informations par l'encadrement ou les partenaires sociaux, voire par les agents eux-mêmes. En effet, une de ses préoccupations majeures est de connaître celles des agents pour optimiser la politique de gestion des personnels et pour éviter tout malentendu ou fausse information.

Le taux de participation aux réunions d'établissement, à la rédaction des articles dans le journal interne et la réponse aux questions concernant ces items dans les prochains questionnaires d'évaluations remis aux agents seront des critères d'évaluation à suivre.

7.2.3 Mettre en oeuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des carrières encore plus performante

Les objectifs qui suivent traduisent la volonté de faire de la gestion du personnel une gestion au service du personnel, lui-même au service des malades. La réflexion sur les profils de poste et l'accueil, l'émergence d'un mode de gestion par objectifs, le développement des compétences, sont les grands axes qui permettront d'optimiser cette politique.

7.2.4 Généraliser la réflexion engagée sur les profils de poste et l'accueil

A partir des tâches quotidiennes à effectuer, il est nécessaire que chacun puisse se positionner dans la structure et matérialiser sa contribution aux objectifs de l'organisation.

La diversité des métiers existe au sein de la clinique, c'est pourquoi la politique engagée dans le secteur de l'étude des profils de poste doit être poursuivie et généralisée. L'ensemble des secteurs doit avoir sa liste de fonctions. Il faut ensuite faire de ces profils de poste un outil dynamique de gestion au service de l'accueil du nouveau salarié et de l'évaluation. Ces fiches seront utiles aux recrutements et à l'évaluation à travers l'organisation d'entretiens annuels d'évaluation qui se déclineront en entretien de progrès et de compétences.

Dans la démarche d'accueil, en plus de la fiche de poste, il faut continuer à remettre au nouvel arrivant un livret d'accueil présentant l'établissement. Il faut organiser une visite de la clinique à leur intention, avec du personnel plus ancien afin de bien montrer que nous représentons une communauté d'apports multiples tous centrés sur le bien-être du malade.

Le taux de diffusion des fiches de poste, des grilles d'entretien annuel d'évaluation, du rythme de visites d'accueil seront des critères d'évaluation.

7.2.5 Favoriser l'émergence d'un mode de gestion par objectifs

En cohérence avec le projet d'établissement, il faudra que les projets de service qui en découlent fassent l'objet d'une réflexion ouverte à tous les agents concernés qui pourront les compléter par leurs propres objectifs personnels définis au cours des futurs entretiens annuels.

La définition des objectifs, tel est le rôle du projet d'établissement ; pour faire vivre ce dernier il faut que l'ensemble de la politique de la structure tende à leur réalisation sans brider les initiatives enrichissantes ou négliger les créations d'activités nouvelles à y intégrer.

Il est du rôle des instances consultatives (Direction de Soins Infirmiers, Commission Médicale d'Etablissement, Délégués du personnel) de contribuer à vérifier la conformité de la gestion aux objectifs du projet d'établissement.

Le degré de réalisation des objectifs et les projets de service en étant issus seront les critères d'évaluation.

7.2.6 Mettre en oeuvre une politique de développement des compétences et des performances

Aujourd'hui la prise en charge du malade est globale car l'homme est un tout indissociable. La gestion des ressources humaines doit s'inspirer de ce modèle pour conforter les valeurs de solidarité et d'humanisme qui sont les bases historiques et culturelles à la clinique.

C'est pourquoi il faut répondre aux besoins de chacun tout en respectant le cadre réglementaire et la qualité des soins pour une gestion personnalisée et une politique de développement des compétences :

- Les bilans professionnels sont des outils qui permettent d'offrir aux agents des perspectives en terme de développement personnel et de projet professionnel. Des projets individuels seront menés à bien avec les intéressés.
- Les besoins futurs en matière de compétence devront être évalués et fixés en fonction du projet médical et des autres options stratégiques de l'établissement. Des projections devront être faites en toute transparence pour accompagner l'évolution de la clinique dans tous les domaines, pas seulement médicaux.
- Les conséquences de la diminution de la masculinisation de la profession infirmière est un axe à étudier.

Au-delà de la reconnaissance du travail effectué, il ne faut pas oublier que le travail en psychiatrie est avant tout un travail d'équipe. Celle-ci est la pierre angulaire de la prise en charge thérapeutique. En effet, chacun a un rôle à jouer dans la vie de l'établissement. C'est également le cas dans les services non médicaux.

Dès le recrutement, la période d'intégration conditionne la totalité de la vie des agents au sein de la structure. C'est pourquoi cette intégration doit être facilitée autour des outils existants, profil de poste, livret d'accueil, visite d'accueil, et se concrétiser en une véritable politique d'accueil. La notion de tutorat se doit d'être développée, les cadres au sein des équipes devront y jouer un rôle majeur.

Il est nécessaire que le regard du nouvel arrivant soit pris en compte comme un atout et qu'un véritable lien de communication unisse ceux qui ont fait et font « la Clinique » aujourd'hui et ceux qui la pérenniseront demain.

7.3 Optimiser la politique de gestion des personnels

Au regard de ce qui existe et des moyens dont nous disposons, il est indispensable d'engager une réflexion en matière de gestion prévisionnelle afin de déterminer quels seront nos besoins futurs par rapport aux exigences réglementaires.

7.3.1 Intégrer les outils modernes de gestion

Il est nécessaire d'utiliser au mieux l'harmonisation et la compatibilité des différents logiciels informatiques en cours afin de pouvoir obtenir les informations et les données indispensables à une gestion prévisionnelle des emplois et des carrières. La bonne interface entre les produits actuels et les nouveaux sera un critère d'évaluation.

7.3.2 Accompagner le processus de transformation pour la mise en oeuvre du plan de formation

Accroissement du professionnalisme, gestion prévisionnelle des compétences, innovation, décloisonnement, amélioration des conditions et des relations de travail, tels sont les axes qui nous permettront d'accompagner tout processus de transformation durable.

Outil d'accompagnement et de changement, **le plan de formation** qui concerne tous les personnels doit prendre en compte les objectifs institutionnels et permettre aux agents de pouvoir se réaliser individuellement. Le congé de formation professionnelle favorise la réalisation des projets personnels.

Cette volonté d'évolution se concrétise par la présence dans le plan de formation des axes prioritaires qui comprennent les pôles suivants :

- ✓ des formations promotionnelles pour concrétiser les bilans professionnels et permettre l'évolution des grades en conformité avec les besoins
- ✓ l'amélioration des conditions professionnelles de travail qui est indispensable pour maîtriser les nouveaux outils de travail et appliquer la volonté d'améliorer les conditions de travail
- ✓ des formations personnelles sont possibles dans le cadre d'une programmation de l'épanouissement des talents personnels au sein des projets de service
- ✓ orientation vers un plan de formation pluriannuel qui est une façon de prévoir l'avenir à court et moyen terme.

i. le court terme, 1 an, plan de formation classique :

Son rôle est de consolider l'existant par :

- ❖ le perfectionnement individuel (formation technique, acquisition d'un savoir-faire, de connaissances)
- ❖ le perfectionnement collectif, pour améliorer les performances (une pédagogie, des informations à thèmes)
- ❖ les promotions professionnelles (préparation aux concours annuels)

ii. le moyen terme (jusqu'à 3 ans)

Son rôle est d'accompagner et faciliter les changements :

- ❖ réussir un investissement ou un changement d'organisation (démarche de soins, assurance-qualité, nouvelle activité)
- ❖ développer les potentiels (formations diplômantes)
- ❖ faciliter des projets individuels (changements d'orientations professionnelles)

Les chefs de service devront proposer à la direction des ressources humaines des formations pour leurs agents en rapport avec ces objectifs. Les ressources humaines, la direction et les représentants du personnel arrêteront annuellement le plan de formation pour l'année à venir.

7.3.3 Dynamiser la politique d'amélioration des conditions et des relations de travail

Il est indispensable d'associer les représentants du personnel, la direction des ressources humaines, la direction, le médecin du travail et le plus grand nombre d'agents aux débats et aux procédures décidant des actions à entreprendre pour l'amélioration des conditions de travail. Ces réflexions autour des conditions de vie au travail de jour comme de nuit, lors les remplacements et sur la charge de travail doivent déboucher sur des avancées significatives dont certaines pourront être intégrées dans le cadre du projet pluriannuel des gros travaux.

7.3.4 Renforcer les actions de prévention des risques professionnels

Il n'y a pas de Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) à la Clinique. Pour autant, la politique préventive des risques professionnels existe. Elle associe le médecin du travail, la responsable des ressources humaines et le chef du service technique. Des actions de prévention contribuent à dynamiser, optimiser et améliorer la politique sociale de l'établissement. Parmi celles-ci :

- ✓ Une formation généralisée à la sécurité-incendie est organisée deux fois par an.
- ✓ Une analyse des accidents du travail devrait être organisée. Elle débouchera sur des actions visant à en supprimer progressivement les origines si elles proviennent des bâtiments ou des matériels. Si elles sont liées au comportement individuel, des protocoles préventifs seront rédigés pour sensibiliser les agents aux risques qu'ils encourent et qui nuisent à leurs conditions de vie personnelle par la suite. Le rôle des cadres pour faire respecter les consignes et règles élémentaires de sécurité sera essentiel : leur responsabilité de "chef" est engagée.

L'objectif affiché qui sera aussi le critère d'évaluation est la réduction du nombre d'accidents et de l'absentéisme en découlant qui ne soient pas liés aux aléas de la vie courante.

7.3.5 Développer les pratiques innovantes en matière d'organisation et d'aménagement du travail et du temps de travail

Dans un souci constant d'amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers, il est aujourd'hui nécessaire de développer des pratiques innovantes en matière de temps de travail qui tiennent compte des contraintes liées au fonctionnement des services et des besoins collectifs ou individuels des agents. Ceux-ci ne sont pas incompatibles.

C'est pourquoi les horaires en poste de douze heures, le temps aménagé en fonction des postes, le maintien de la possibilité du temps partiel sont des possibilités qui nous offrent de nouvelles perspectives en matière de gestion du temps de travail afin de mieux équilibrer les contraintes institutionnelles, les aspirations sociales des salariés et pour le plus grand bénéfice des patients.

Si l'absentéisme est un indicateur de la motivation, il sera intéressant de le suivre afin de voir l'impact de la réalisation du projet social et en faire le critère d'évaluation de cet objectif.

7.3.6 Poursuivre une politique sociale de grande envergure

Dès 2001, la direction a réuni la direction des ressources humaines, la direction financière et les représentants du personnel pour mettre en place des actions sociales fortes afin de protéger ses salariés. Elle souhaite ainsi à la fois motiver le personnel mais aussi le fidéliser.

Voici deux mesures mises en place et une qui mérite une étude de faisabilité :

7.3.6.4 Plan d'Épargne Inter entreprise (PEI)

Dès 2002, un Plan d'Épargne Inter entreprise (PEI) a été mis en place à la clinique. Il permet à chaque salarié de verser annuellement une somme d'argent bloquée sur un compte à son nom sur lequel la clinique verse un abondement proportionnel à son dépôt. Par cette mesure incitative à la constitution d'une épargne,

l'établissement souhaite aider tous ceux qui librement veulent développer une épargne pour le futur (achat immobilier, financement éducation des enfants, retraite...).

7.3.6.5 Assurance complémentaire de groupe

En 2006, la clinique a mis en place après discussion entre les représentants du personnel et de la direction une assurance complémentaire de groupe. Cette mutuelle permet aux salariés de l'établissement d'être couverts en fonction du contrat choisi de façon individuelle ou familiale. L'établissement dans le cadre de sa politique sociale prend en charge 50 % du coût de la part salariée pour les non-cadres et 40 % pour les cadres.

7.3.6.6 Plan d'Épargne pour la Retraite COLlectif (PERCO)

Dans le cadre de ce projet d'établissement, la direction souhaite évaluer la faisabilité de la mise en place d'un PERCO pour l'ensemble des salariés de la structure. Une étude économique reste à mener avant de décider en accord avec les représentants du personnel cette mise en place. Cette nouvelle mesure d'accompagnement du salarié dans la perspective de se constituer une épargne en vue de sa retraite avec mise en place d'un abondement de la clinique, permet là aussi d'augmenter la fidélisation des salariés.

7.4 Les besoins en personnel et l'étude des carrières

Le projet social intègre le point sur les besoins en personnel, le recrutement, la carrière, la cessation d'activité.

7.4.1 Les besoins en personnel

Dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois, la direction des ressources humaines doit étudier les perspectives d'évolution induites par le projet d'établissement et prévoir les conséquences en termes de postes qui en découlent en lien avec l'étude de la pyramide des âges du personnel.

Quatre exemples caractéristiques :

- ✓ l'amélioration continue dans le cadre de la démarche-qualité nécessite le recrutement d'une Responsable Assurance Qualité qui bénéficie d'une réelle formation dans la Qualité.
- ✓ l'évolution de la structure, depuis son conventionnement, rend nécessaire la création d'un poste de Directeur Médical pour structurer et gérer le projet médical en accord avec la Direction
- ✓ l'adaptation à l'outil informatique qui se généralise a surtout des incidences en termes de formations.
- ✓ Au niveau des Services techniques qui devront s'adapter aux impératifs d'une gestion moderne des équipements, les recrutements futurs devront se faire en conséquence.

Le critère d'évaluation sera le constat d'une bonne adéquation entre les effectifs et les besoins nécessaires à la bonne réalisation du projet d'établissement.

7.4.2 Le recrutement

Une politique de recrutement dynamique doit anticiper les départs des salariés en place. Elle est basée sur la fiche de poste. Le recrutement permet l'adaptation des effectifs et doit respecter certains principes :

- ✓ la vacance de poste est ouverte en priorité au personnel de la Clinique en prenant en compte le diplôme et l'ancienneté
- ✓ en l'absence de recrutement interne possible, une campagne de recrutement vers l'extérieur est organisée.

Le chef de service reçoit les candidats. Lorsque le futur embauché est retenu, il rencontre la direction avec la direction des ressources humaines avant d'intégrer le parcours du nouveau salarié.

7.4.3 La carrière

La direction des ressources humaines applique la réglementation définie dans le cadre de la Convention Collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 (CCU).

Dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation que la direction souhaite mettre en place, une partie importante de cet entretien sera consacré à la définition des objectifs de formation et d'évolution de carrière du salarié. Le plan de formation en fonction des possibilités budgétaire intégrera ces formations.

7.4.4 La cessation d'activité

Elle est importante car elle entraîne le taux de rotation du personnel qui aboutit aux nouveaux recrutements donc à une gestion des flux. Par la pyramide des âges, une part importante des départs est prévisible. Elle sera l'occasion de redéfinir le profil du poste qui devient vacant.

VIII. LE PROJET DE GESTION PREVISIONNELLE

8.1 La gestion budgétaire

Le budget est l'acte prévisionnel primordial dans la gestion d'un établissement, véritable instrument au service de la politique de celui-ci. La Clinique est un établissement privé qui ne fonctionne pas avec une enveloppe budgétaire globale comme un hôpital. Son budget est directement en rapport avec le taux d'occupation. C'est pourquoi la direction a développé avec la direction financière des outils pour maîtriser au mieux son budget :

- ✓ une comptabilité analytique présentée aux actionnaires annuellement dans le cadre du rapport de gestion de la direction lors de l'assemblée générale annuelle
- ✓ des tableaux de bord et de contrôle budgétaire mensuels
Ils permettent de disposer d'informations fiables et synthétiques, à partir desquelles la direction est en mesure de prendre rapidement des décisions stratégiques.

La gestion de la trésorerie, la gestion de la dette et la gestion des financements, sont trois axes indissociables d'une gestion financière moderne et performante. L'élaboration du plan de trésorerie intègre l'action sur les flux modulables (investissements, nouveaux emprunts,

programmation de gros travaux d'entretien), et sur les flux négociables (délais de règlement des fournisseurs, périodicité et dates d'échéances des emprunts).

Compte tenu de la petite taille de la Clinique, la direction met en place avec la direction financière un système de gestion et de contrôle des dépenses engagées au quotidien. Ce dernier fait appel à la rédaction systématique applicable à l'ensemble des services de l'établissement d'un bon de commande rédigé par le chef du service concerné. La commande ne devient effective qu'après signature de la direction.

Ce système permet un contrôle permanent de l'ensemble des dépenses engagées par l'établissement.

8.2 Le plan directeur des investissements

Le plan directeur est la traduction architecturale et technique du Projet d'Etablissement. Il recouvre essentiellement la programmation des grands travaux.

A l'issue de ce Projet d'Etablissement, la quasi totalité des chambres de la Clinique auront été rénovées pour offrir aux patients des conditions d'hébergement modernes, comprenant des chambres seules avec cabinet de toilette ou salle de bain.

Le planning pluriannuel retenu des travaux tient compte de l'ordre prioritaire des actions à mener et des charges financières et techniques qui en découlent :

- | | |
|---|--------------|
| ✓ Création de trois WC au rez-de-chaussée
(budget 8 000 €) | 2007 |
| ✓ Changement de l'ensemble des ouvrants des 1 ^{er} et 2 ^{ème} étages
(budget 60 000 €) | 2007 |
| ✓ Création d'une douche et rénovation complète de la chambre 24
(budget 12 000 €) | 2008 |
| ✓ Rénovation de la chambre 4
(budget 2000 €) | 2008 |
| ✓ Déplacement et création d'une nouvelle infirmerie au 1 ^{er} étage
(budget 10 000 €) | 2008 |
| ✓ Rénovation de l'infirmerie du 3 ^{ème} étage
(budget 5000 €) | 2009 |
| ✓ Aménagement d'une pièce air conditionnée en cas de canicule
(budget 20 000€) | 2009 |
| ✓ Création de locaux à usage de bureaux au sous-sol et recomposition complète
du sous-sol avec création d'une salle d'attente (budget 400 000 €) | 2009
2010 |
| ✓ Création d'un accès aux personnes à mobilité réduite
(budget 20 000 €) | 2010 |

- ✓ Création d'un nouvel ascenseur
(budget 150 000 €)

2010

C'est donc un programme prévisionnel pluriannuel établi sur les trois prochaines années. L'estimation en terme de budget est de l'ordre de 687 000 €. Environ 550 000 € seront apportés par l'emprunt. Les 137 000 autres euros représenteront une charge d'investissement de 45 000 € par an sur trois années.

8.3 La gestion globale des risques

Elle concerne les vigilances sanitaires, le risque "électrique", le risque "incendie" et les autres risques.

8.3.1 Les vigilances sanitaires

Les vigilances sanitaires sont organisées à la Clinique autour d'un Comité des vigilances qui réagit face aux alertes de pharmacovigilance, de matériovigilance ou d'infectiovigilance.

8.3.1.1 Le comité des vigilances

Il est institué au sein de la clinique médicale de Ville d'Avray une instance dénommée Comité des vigilances. Ce comité a pour objet de coordonner les vigilances et la sécurité sanitaire. Ces missions concernent :

- ✓ la gestion des signalements
- ✓ le correspondant assure une veille au niveau de la réglementation et des recommandations
- ✓ la réalisation d'audit
- ✓ la validation des protocoles
- ✓ la gestion d'une situation de crise
- ✓ la définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels
- ✓ la participation à toutes les réunions concernant le domaine de la sécurité sanitaire
- ✓ la diffusion des bulletins de vigilances élaborés par l'AFSSAPS.

Dans ce cadre le Comité des vigilances participe à l'élaboration, à la diffusion et au respect des protocoles écrits concernant les bonnes pratiques de déclaration et de signalement.

Le Comité des vigilances coordonne l'action des professionnels de la clinique dans tous ces domaines.

Le Comité se réunit autant de fois qu'il est nécessaire pour assurer ses missions avec au minimum une réunion annuelle.

Les actions du Comité des vigilances intègrent les actions initiées par la démarche qualité et la gestion des risques. Le bilan est diffusé en CME et à la direction.

8.3.1.2 La pharmacovigilance

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable, laquelle comporte en particulier l'identification, l'évaluation et la prévention du risque résultant de l'utilisation des produits à finalité sanitaire à usage humain. Cette activité de veille sanitaire s'exerce notamment sur tous les médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

(AFSSAPS) ou d'une autorisation de mise sur le marché communautaire délivrée par la Commission européenne ainsi que sur les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

La pharmacovigilance c'est donc **informer, surveiller et prévenir** du risque d'apparition d'effet indésirable qui résulte de l'utilisation des médicaments.

La législation dans le cadre des décrets n° 95-278 du 13 mars 1995, n° 95-566 du 6 mai 1995 et n° 2004-99 du 29 janvier 2004 précise que :

"Tout **médecin, chirurgien-dentiste** ou **sage-femme** ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R. 5144-1, qu'il l'ait ou non prescrit, doit en faire la déclaration immédiate au Centre Régional de Pharmacovigilance [...]. De même, tout **pharmacien** ayant eu connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament [...] qu'il a délivré doit également le déclarer aussitôt au Centre Régional de Pharmacovigilance [...]. Tout **membre d'une profession de santé** ayant fait la même constatation peut également en informer le Centre Régional de Pharmacovigilance." (*Art R. 5144-19 du Code de la Santé Publique*)
Le Centre Régional de Pharmacovigilance est pour la Clinique :

Hôpital Européen Georges Pompidou
Mme le Dr Agnès Lillo-Le Louët
20-40 rue Leblanc - 75908 Paris cedex 15
Tel : 01 56 09 39 88 / Fax : 01 56 09 39 92

pharmacovigilance.hegp@hop.egp.ap-hop-paris.fr

N'ayant pas actuellement de poste de pharmacien à la clinique, c'est un médecin qui coordonne la pharmacovigilance. Ce médecin est aussi responsable du COMEDIS.

A l'avenir, si la Clinique crée une PUI, alors le pharmacien sera directement en charge de la pharmacovigilance.

8.3.1.3 La matériovigilance

Il s'agit de l'ensemble des recommandations destinées à garantir le recueil des informations concernant l'évaluation des risques et d'identifier les incidents ou risques d'incidents liés à l'utilisation des dispositifs médicaux. On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, « à l'exception des produits d'origine humaine », ou autre article seul ou en association y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant survenir lors de l'utilisation des dispositifs médicaux, quelles qu'en soient les victimes, patients, utilisateurs ou tiers. Elle comporte :

- ✓ le signalement et l'enregistrement des incidents ou des risques d'incidents
- ✓ l'évaluation et l'exploitation des informations signalées dans un but de prévention
- ✓ la notification des rappels par le fabricant
- ✓ la réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux

- ✓ la réalisation et le suivi des actions correctives décidées
- ✓ les mesures préventives nécessaires et l'information des intervenants concernés.

La matériovigilance en clinique psychiatrique qui ne réalise pas d'électroneuroscopie est extrêmement limitée. Elle est organisée autour d'un responsable, cadre de soin. Des protocoles sont en cours de réécriture pour formaliser les conduites à tenir en cas d'alerte.

8.3.1.4 L'infectiovigilance et la gestion des risques infectieux

Le taux des infections nosocomiales dans l'établissement est nul par rapport aux indicateurs de surveillance actuels. Le risque nosocomial existe mais est faible vis-à-vis de la spécificité de l'activité psychiatrique et de la quasi absence de prescription d'antibiotiques.

L'objectif reste l'absence d'infection nosocomiale et cette démarche s'inscrit dans la démarche qualité globale de l'établissement. La prévention repose sur une meilleure connaissance des risques, une vigilance au niveau des soins et de l'environnement du patient, et le respect des bonnes pratiques d'hygiène. Ces bonnes pratiques sont facilitées par la formation de l'ensemble des personnels et par la diffusion de protocoles écrits. L'élaboration et le suivi d'indicateurs ciblés permettent l'évaluation de la qualité de la démarche.

La direction s'engage à donner les moyens permettant de développer les objectifs sous réserve de cohérence avec l'ensemble du projet d'établissement, de la recherche d'efficacité et au vu d'évaluations formalisées.

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales est responsable de l'organisation, de la prévention des infections nosocomiales. Il transmet à la direction les objectifs et bilans d'activité annuels ainsi que le suivi des indicateurs ciblés. Il informe et interpelle la direction en cas de problème infectieux spécifique.

Les actions de lutte contre les infections nosocomiales et l'infectiovigilance ne peuvent être menées sans le soutien et la mobilisation de l'ensemble des professionnels.

Objectifs pour les années 2007 - 2012 :

- ✓ Cibler les risques liés aux patients et au personnel ainsi que ceux liés à l'environnement (architecture, eau, déchets, linge).
- ✓ Gérer les risques ciblés par la mise en place d'actions correctives, de formations complémentaires et/ou initiales, et par le suivi d'indicateurs déterminés.
- ✓ Cibler et gérer les risques professionnels infectieux en particulier les accidents d'exposition au sang.

Pour prévenir et lutter contre d'éventuelles infections, il faut :

- ✓ développer la formation initiale et continue des personnels soignants, hôteliers et médicaux à l'hygiène hospitalière et la prévention des infections
- ✓ sensibiliser les personnels logistiques et techniques aux risques infectieux et au respect des règles d'hygiène

- ✓ ajuster les moyens et les pratiques actuelles aux recommandations dictées à l'échelle nationale en termes d'architecture et d'environnement, de choix et d'utilisation des produits et matériels, de traitement des matériels de soins et des techniques de soins.

Les actions doivent être planifiées annuellement suivant les objectifs du CLIN et suivies en collaboration avec la Responsable Assurance Qualité.

La direction est destinataire des évaluations réalisées par le CLIN. Elle s'engage à largement diffuser auprès de l'ensemble du personnel les résultats des différents bilans d'activité.

8.3.2 COMEDIS (*Comité du Médicament et des dispositifs Médicaux*) :

Il devra être présidé par un médecin. Il aura pour mission l'élaboration de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement. Il devra coordonner les actions en matière de bon usage des médicaments (en relation avec le CLIN). Il favorisera la mise en place d'une organisation permettant le suivi et l'évaluation des prescriptions. Il définira les actions de formation à mettre en œuvre pour les personnels médicaux et paramédicaux.

8.3.3 CRUQ (*Comité des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge*)

Cette commission existe et fonctionne déjà. Elle a pour mission d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement en lui indiquant les voies de conciliation et recours dont elle dispose. Une permanence hebdomadaire doit être assurée et un médecin conciliateur doit être nommé.

8.3.4 La prévention des accidents du travail

Elle est réalisée et suivie par le médecin du travail et la Direction des Ressources humaines qui en assurent un suivi trimestriel. Des mesures sont et seront prises chaque fois que l'accident est lié à une cause extérieure qu'il est possible de corriger ou d'infléchir (technique, formation comme la prévention des lombalgies, des chutes par exemple...). En ce qui concerne les AES (accidents à l'exposition au sang), ils doivent être suivis par la RAQ qui en réfère au CLIN à travers l'évaluation des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI).

8.3.5 La sécurité électrique

L'alimentation électrique est indispensable au bon fonctionnement continu des établissements de soins. Cette alimentation se fait exclusivement par le réseau général E.D.F.

Il n'y a pas au sein de l'établissement de service ou de soins vitaux qui nécessite la mise en place d'une alimentation de secours.

Toutefois, une réflexion sur ce sujet au cours de la période 2007 – 2012 pourrait déboucher sur l'achat et l'installation d'un groupe électrogène de secours pour assurer le confort des patients.

8.3.6 La sécurité incendie

En matière de sécurité incendie, la clinique a procédé au changement complet du système d'alerte et de détection en 2006 :

- ✓ nouvelle centrale incendie
- ✓ équipement de l'ensemble des chambres et des parties communes de détecteurs de fumée
- ✓ mise en place de portes de recoupement asservie dans les coursives
- ✓ tableaux répéteur d'alarme dans les infirmeries.
- ✓ vérification et entretien régulier des signalisations lumineuses et des extincteurs.

En matière de sécurité incendie, on recense bien souvent le même point faible : la réaction du personnel et la mise en place de la bonne conduite à tenir suite au déclenchement de l'alarme incendie ou au constat d'un début d'incendie. Afin de palier à ce point faible, la direction en coordination avec le service technique organise auprès de l'ensemble du personnel une formation obligatoire deux fois par an. Elle fait intervenir une société spécialisée dans la gestion des risques en rapport à la sécurité incendie.

8.3.7 La gestion des autres risques

8.3.7.1 L'alimentation en eau

L'ensemble du réseau de distribution en eau froide et en eau chaude sanitaire a fait l'objet d'un audit en 2006. Le système de production d'eau chaude est une production en semi-instantané, constitué d'échangeurs à plaques complétés par un ballon servant de réserve en cas de puisage important d'eau chaude.

Afin de prévenir tout risque bactériologique en rapport avec la légionelle, des protocoles ont été mis en place par les services techniques en accord avec le C.L.I.N. et préconisés à la suite de l'audit externe. La principale recommandation faite est l'élimination des sources possibles de contamination, à savoir les bras morts, mais aussi d'effectuer des purges à fréquence déterminée et de contrôler les températures du circuit d'eau chaude au départ et au retour. Des analyses bactériologiques de l'eau en différents points de la clinique ont été mis en place par le CLIN deux fois par an. Les résultats sont diffusés à la direction et à la RAQ. Des actions préventives ou correctives peuvent être déclenchées après l'analyse des résultats.

8.3.7.2 La politique d'élimination des déchets

Le problème de l'élimination des déchets a fait l'objet d'un travail de réflexion engageant le CLIN, les cadres de soin, la gouvernante, la RAQ, le responsable Service Technique et la direction. Deux types de déchets existent. Pour les ordures ménagères un contrat a été signé avec la société responsable de la collecte des ordures ménagères de la Ville. Pour les déchets de soins, un contrat a été signé avec une société spécialisée dans la collecte et l'incinération de ces déchets.

8.3.7.3 L'accessibilité des bâtiments

Actuellement les bâtiments ne sont pas accessibles aux personnes handicapées.

Dans le cadre de ce projet d'établissement et conformément aux objectifs signés en juin 2007 dans le cadre du CPOM, un recensement de l'accessibilité des bâtiments aux handicapés doit être fait d'ici 2010. Des travaux d'aménagements sont à prévoir.

IX. LE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

9.1 Analyse de la situation actuelle

L'analyse de la situation actuelle se décline en trois axes, les moyens humains, les moyens matériels, les moyens logiciels.

9.1.1 Les moyens humains du service informatique

Le « service informatique » n'est pas individualisé comme tel. Il est rattaché au Service Technique et de la Maintenance. Le chef de service est le responsable du service informatique. Le directeur de l'établissement de par ses compétences techniques travaille en lien étroit avec ce dernier. Une personne du service technique reçoit progressivement des délégations de compétences après avoir reçu en interne une formation adaptée. Au total, deux personnes plus une en formation gèrent le pôle informatique du service technique et de la maintenance.

9.1.2 Les moyens matériels

Suite au changement de direction, la notion de réseau informatique a été mise en avant dès 2001. En 2002, ce dernier prenait forme par l'acquisition d'un serveur et de PC Clients. Lors de la précédente accréditation le réseau informatique était mis en avant comme une priorité. Depuis 2004, de nombreux changements ont eu lieu. Avant d'investir dans du matériel onéreux et rapidement obsolète, la direction a ralenti le développement du réseau informatique pour attendre que les changements de statut, non conventionné – conventionné, soient opérationnels et de connaître le futur cahier des charges.

A ce jour, le matériel informatique comprend :

- ✓ un serveur sous windows 2000 serveur
- ✓ une connection haut-débit ADSL
- ✓ un réseau câblé en RJ 45 de 17 prises
- ✓ un routeur US ROBOTICS doté d'un système de pare-feu extrêmement puissant
- ✓ un switch 10/100 permettant plus de 20 entrées
- ✓ 11 PC clients sous windows XP Pro
- ✓ une imprimante couleur en réseau

Parallèlement à la mise en place de son réseau interne spécifique et protégé, l'établissement a installé un réseau totalement indépendant en WIFI pour l'accès à Internet destiné aux patients. Cette connection sur la toile se fait par un autre provider (FAI) sur un autre accès haut-débit ADSL. Ainsi il n'y a aucune possibilité d'interférence entre les deux réseaux. Le réseau wifi

est payant. Il fonctionne grâce à l'utilisation d'une clé WEP cryptée qu'il faut installer sur chaque « ordinateur patient » à leur demande.

9.1.3 Les moyens logiciels

Outre les systèmes d'exploitation cités plus haut, l'ensemble des postes de travail sont dotés de :

- ✓ suite bureautique MICROSOFT OFFICE (Word, Excel, Outlook)
- ✓ internet explorer
- ✓ logiciel antivirus en réseau de chez TREND MICRO
- ✓ une suite de logiciels développés en interne :

 IdealMed : logiciel d'informatisation du dossier du patient en cours de finalisation de développement et de validation

 IdealResto : logiciel de gestion pour la restauration concernant les patients et le personnel

9.2 Projets de développements pour l'avenir

Au cours de la période 2007 – 2012, le système informatique va connaître une forte croissance. En effet, plusieurs projets doivent rapidement voir le jour :

- ✓ **mise en place de l'application du tiers payant :** (d'ici fin 2007)
suite à la signature du CPOM en juin dernier, la clinique doit à l'aide d'un prestataire extérieur mettre en place un logiciel dédié à la gestion des admissions, de la facturation et de la télétransmission aux Caisses d'Assurance Maladie.
- ✓ **mise en place du PMSI Psy (RIM-P)** avec édition d'un relevé par patient par période trimestrielle et envoi à l'ATIH via la plateforme e-PMSI.
Cette fonction est habituellement dévolue au DIM dans les grandes structures. A la clinique, n'ayant pas à proprement parlé de DIM, cette fonction devrait être pensée et mise en place au cours de l'année 2008.
- ✓ poursuite du développement et de la diffusion du logiciel IdealMed, logiciel interne.
Ce logiciel devra pouvoir permettre de gérer progressivement l'ensemble du dossier patient numérisé. Il devra surtout intégrer la feuille de prescription avec l'intégration des modifications quotidiennes et l'envoi simultanément à la pharmacienne de ville avec laquelle la clinique travaille.
- ✓ développement d'un Intranet qui devrait permettre de rendre plus aisée et pratique la gestion documentaire. D'autre part, il devrait pouvoir permettre aussi d'apporter une nouvelle voie de communication à l'intérieur de l'établissement.
- ✓ mise en place d'un PC client dans chaque unité de soins.

- ✓ Amélioration du système de réseau wifi dédié aux patients avec réalisation d'un HOTSPOT autonome. Ce dernier permettra aux patients d'acheter des durées de connexion variable sans aucune intervention de technicien puisqu'il recevra un login et mot de passe depuis un serveur Radius externe.

9.3 Système de communication vocale

L'établissement vient d'investir dans un nouveau matériel téléphonique DECT. Il permet d'équiper en appareils portables et de rendre joignable en permanence :

- ✓ l'ensemble des médecins y compris le médecin de nuit
- ✓ les cadres de soin
- ✓ les infirmières des unités de soin
- ✓ le chef du service maintenance et technique
- ✓ la gouvernante qui gère les ASH

De plus ce système comprend sur les appareils des infirmières et des cadres de soin un dispositif de déclenchement d'alarme en cas d'agression, dit PTI (protection du travailleur isolé). Dès la pression pendant plus de 3 secondes de suite d'un bouton « rouge », l'ensemble des téléphones des infirmières et cadre de soin sonnent en indiquant le numéro du téléphone qui donne l'alerte, ce qui permet immédiatement d'intervenir et de porter assistance à la collègue.

9.4 Système de vidéosurveillance

Actuellement il n'existe pas de système de vidéosurveillance. Il semble intéressant d'organiser un travail de réflexion à l'avenir pour définir la nécessité ou pas de déployer un tel système. Bien sur il s'agit là d'améliorer la sécurité des locaux mais aussi « d'automatiser » l'accès à la clinique le soir après 21h00. Si un tel système devait se mettre en place, il serait nécessaire de respecter la législation en vigueur tant en ce qui concerne l'obligation de déclaration que celle qui concerne l'information des usagers.

CONCLUSION GENERALE

La démarche du Projet d'Etablissement se voulait être une démarche participative ; il est nécessaire que le personnel soit acteur des changements qui vont conduire notre Clinique jusqu'en 2012.

Chaque salarié doit être convaincu qu'il peut, s'il le veut, par son action, contribuer à l'évolution de son service, améliorer la qualité de la prise en charge du patient et rendre les conditions de travail encore plus agréables.

Cette démarche participative doit se réaliser en gardant à l'esprit la « culture de la clinique » impulsée dès sa création, il y a près de 60 ans, par les Docteurs Charles Brisset et Jacques Alfred Gendrot.

L'objectif de notre projet est de faire partager l'avenir de notre Clinique par l'ensemble du personnel avec le développement du sentiment d'appartenance à une communauté ayant une mission pour laquelle chacun, dans sa différence personnelle et sa spécificité de métier, est solidaire des autres.

C'est grâce à ce travail et cet esprit d'équipe, où chacun respecte l'autre, où chacun respecte les prérogatives et le rôle de l'autre, que nous avons pu ensemble faire avancer et progresser notre Etablissement dans la qualité et la sécurité. De grands défis restent à relever dans ce monde qui bouge si vite. Les progrès de soins et de prise en charge de la maladie mentale sont constants.

Puissions-nous ensemble poursuivre dans la même voie pour réaliser le présent Projet.

Je ne doute pas un instant que c'est la conviction et la volonté de tous.

Soyez tous remerciés pour l'aide que vous m'avez apportée dans la rédaction de ce projet.

Enfin, je remercie tout particulièrement le Docteur Pierre-Ludovic Lavoine pour le temps qu'il m'a consacré et le travail qu'il a mené avec Mme Liliane Martin dans l'élaboration des projets médicaux et de soins.

Ville d'Avray, le 20 juillet 2007

Dr Jérôme DISCHAMPS
Directeur