


2017

**Rapport d'activité**  
Centre hospitalier  
Gérard Marchant



# Sommaire

## synthèse

Edito	p 3
Données d'activité	p 4
Chiffres clés	p.8
Principaux dossiers - Directions	p.10
Objectifs partagés	p.12
Pôle Rive Gauche	p 14
Pôle Rive Droite Nord-Est	p 16
Pôle Rive Droite Sud-Est	p 18
Pôle Psychiatrie Infanto-Juvenile	p 20
Pôle Psychiatrie et Conduites Addictives en Milieu Pénitentiaire	p 22
Pôle Médical et Technique	p 24
Composition des instances	p 26

**RAPPORT ANNUEL 2017**

**p 31**

# Edito

**« On dit que le temps change les choses,  
mais le temps ne fait que passer et nous  
devons changer les choses nous-mêmes. »**

**Andy Warhol**

L'année 2017 a vu de beaux projets se réaliser, qui sont autant d'atouts pour l'avenir : l'accueil de quatre nouveaux partenaires au sein de notre communauté psychiatrique de territoire ; le renforcement du rayonnement régional de l'établissement, siège de la fédération recherche en psychiatrie, désormais bien identifiée, et du centre ressources en santé mentale pour la prévention de la radicalisation, nouvellement créé ; le développement des services que nous offrons aux personnes handicapées...

En 2018 : les jardins des silos et le centre de soins de Bessières vont ouvrir ; la marche entamée il y a plusieurs années vers la restructuration des unités de suite et le développement de la réhabilitation psycho-sociale devrait commencer à se concrétiser ; les plans du futur hôpital de jour de Saint Gaudens vont être dessinés.

Les objectifs que nous poursuivons, d'année en année, sont clairs et étroitement liés :

- > garantir l'égalité d'accès aux soins et l'égalité de traitement des patients ;
- > améliorer la qualité de vie au travail pour l'ensemble des professionnels ;
- > viser l'excellence dans la qualité des soins et des prestations.

Ils doivent se conjuguer avec une utilisation des ressources aussi performante que possible. Ils s'appuient sur les valeurs que nous partageons tous et sur le collectif que nous formons, en nous respectant les uns les autres, en nous faisant confiance, en valorisant le travail d'équipe.

Ils s'appuient également sur notre capacité à innover, à nous améliorer et à soutenir les initiatives.

Les enquêtes de satisfaction montrent que les patients nous sont reconnaissants du service que nous rendons. C'est le résultat de l'engagement et du sens des responsabilités des équipes du centre hospitalier. Qu'elles en soient remerciées ici.

Le président du Conseil de Surveillance



François Chollet

La Directrice



Catherine Pasquet

Le Président de la CME



Radoine Haoui

# Données d'activité

Données d'information médicale

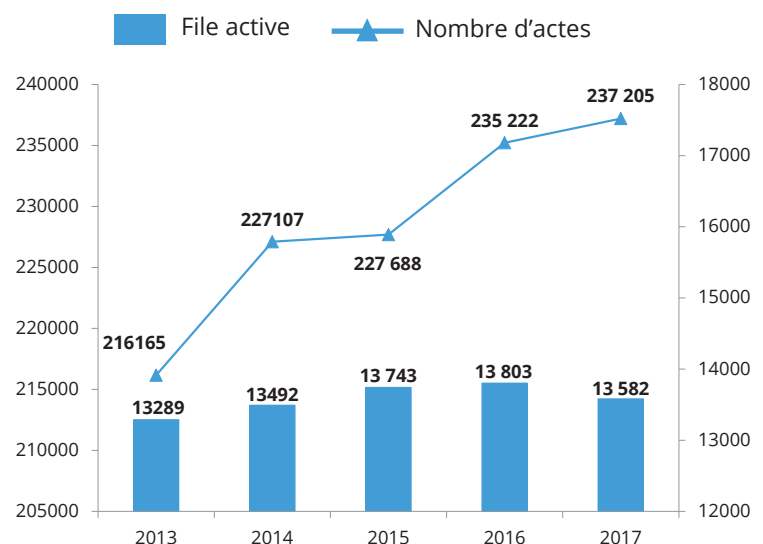
L'année 2017 se caractérise par une diminution de la plupart des indicateurs d'activité dans les différentes modalités de prise en charge (hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et ambulatoire).

Cette baisse d'activité est en pourcentage, plus importante pour les prises en charge en hospitalisation.

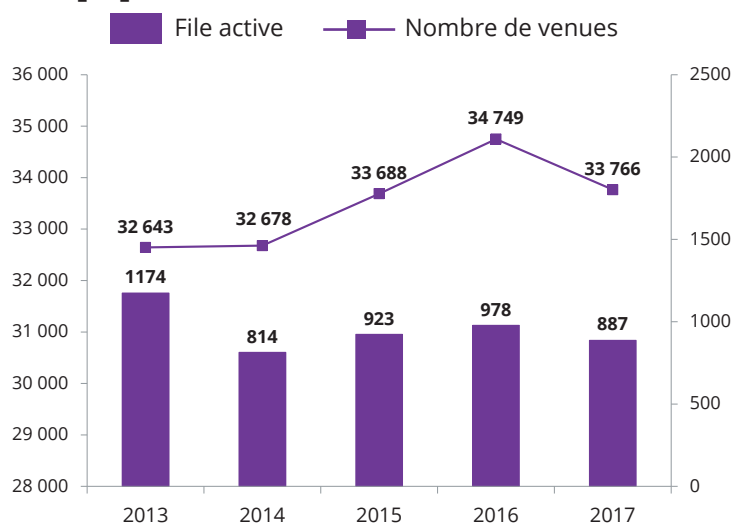
Ainsi, entre 2017 et 2016, on constate que :

- > La file active des patients baisse de -1.6% en ambulatoire (-221 patients), de -7.3% en hospitalisation à temps complet (-124 patients) et de -9.3% dans les prises en charge à temps partielles (-91 patients) ;
- > De façon cohérente, le nombre de séjours hospitaliers diminue pour les hospitalisations temps plein de -5.2% (-202 séjours) et le nombre de venues de -2,8% pour les hospitalisations à temps partiel (-983 journées ou demi-journées d'hospitalisation) ;
- > A l'inverse, le nombre d'actes enregistrés pour l'activité ambulatoire se maintient (+0.8% soit + 1983 actes).

## Ambulatoire



## Temps partiel



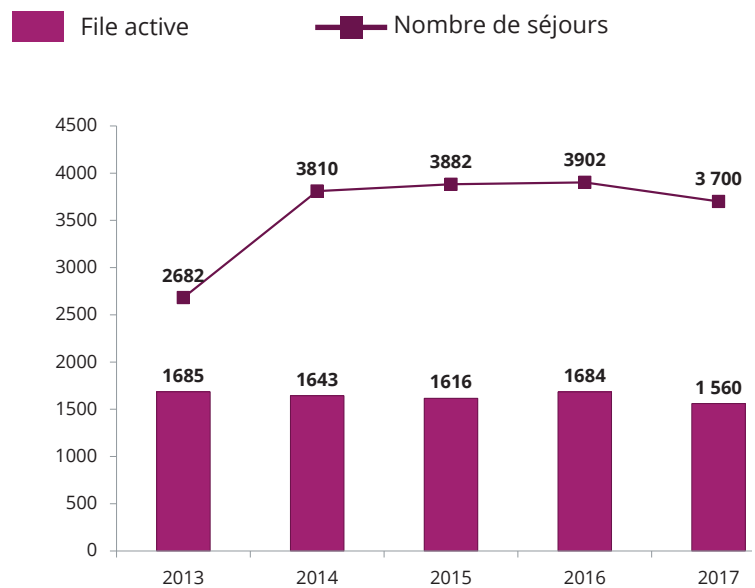




Globalement, et quelle que soit la modalité de prise en charge, la file active de l'établissement diminue de -1.7% (-242 patients). Cette évolution peut en partie s'expliquer par :

- > un déficit médical sur certains pôles cliniques et donc des délais de rendez-vous au CMP qui s'allongent ;
- > Des fermetures ponctuelles ou prolongées et des réductions de capacité de plusieurs dispositifs en infanto-juvénile et en psychiatrie adultes (réorganisation du service, prise en charge de patients complexes, plan d'économies...)
- > Un allongement de la durée des séjours en hospitalisation complète adulte et donc une diminution des admissions ; l'allongement de la durée de séjour est consécutif à une population de patients lourds sur le plan clinique (nombreuses comorbidités somatiques, addictives et précarité) et à une multiplication des 2ièmes avis médicaux en cas de levée de SDRE demandés par le préfet ; la tension sur les lits reste importante et le taux d'occupation très élevé en unités d'admission, régulièrement en situation de sureffectif, et en unités de suite.

## Temps complet



# Données d'activité

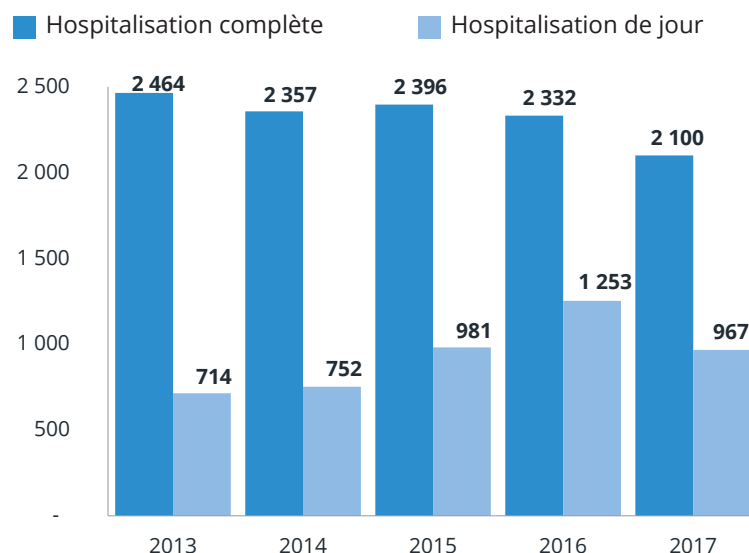
## Données administratives

### Hospitalisation pour adultes

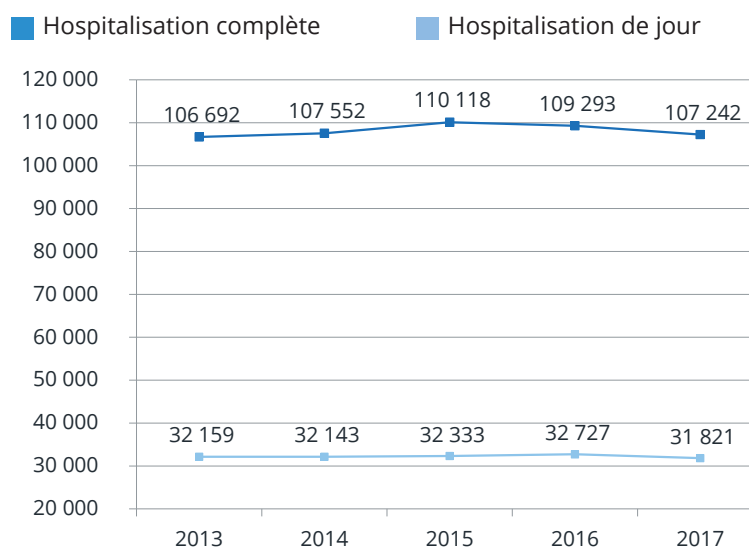
Le nombre d'entrées en hospitalisation complète évolue sensiblement à la baisse de -9.95% en 2017. Cette évolution plus marquée que les exercices précédents est à corréliser avec le ralentissement des flux d'aval. Sur cinq ans à périmètre capacitaire identique (activité des unités Levy neutralisée sur les exercices 2013, 2014 et 2015 - fermeture 18 lits mi-janvier 2015), l'évolution du nombre d'entrées est de -14.7%. Le nombre de journées d'hospitalisation complète 2017 baisse dans une moindre mesure de -1.9%. Sur la période 2013/2017, une augmentation modérée du nombre de journées intervient jusqu'en 2015 (+3.2%), suivie d'une légère baisse entre 2015 et 2017 (-2.6%).

L'hospitalisation de jour connaît également une forte baisse du nombre d'entrées (-22.8%). Après quatre années de progression, les entrées 2017 reviennent au même niveau qu'en 2015. Le nombre de journées est en baisse de -2.7% et présente le niveau le plus bas depuis 2013.

Nombre d'entrées 2013 - 2017



Nombre de journées 2013 - 2017





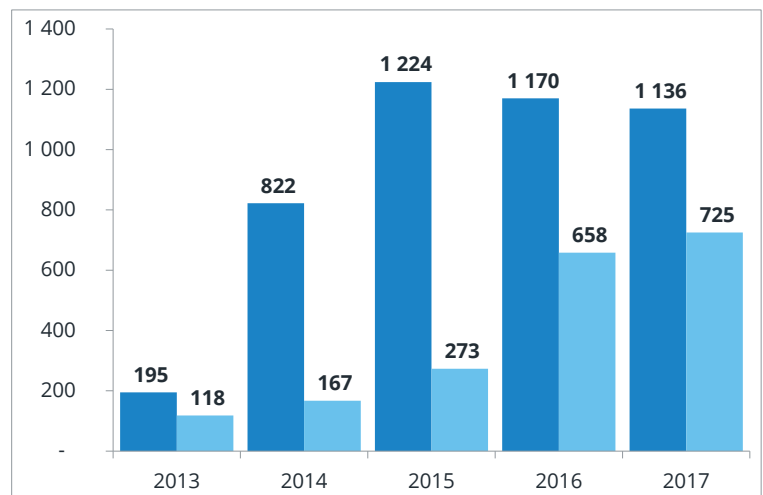
## Hospitalisation pour enfants

Baisse modérée du nombre d'entrées en hospitalisation complète (-2.9%) et baisse plus marquée du nombre de journées (-10.8%), celui-ci présente le niveau le plus bas depuis cinq ans.

Le nombre d'hospitalisations de jour progresse par rapport à 2016 (+10.1%) en grande partie du fait de la généralisation d'une pratique de codage des séjours en période de vacances scolaires débutée en 2016. Après deux années égales, 2017 présente une baisse marquée du nombre de journées d'hospitalisation de jour (-7.9%).

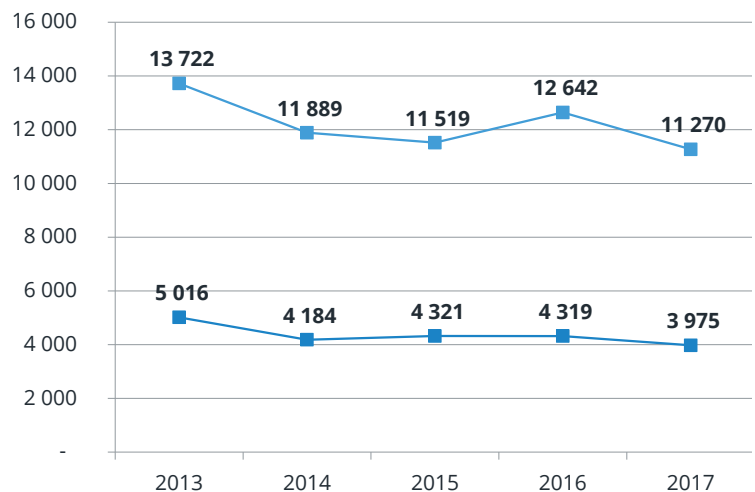
Nombre d'entrées 2013 - 2017

■ Hospitalisation complète    ■ Hospitalisation de jour



Nombre de journées 2013 - 2017

■ Hospitalisation complète    ■ Hospitalisation de jour



# Chiffres clés

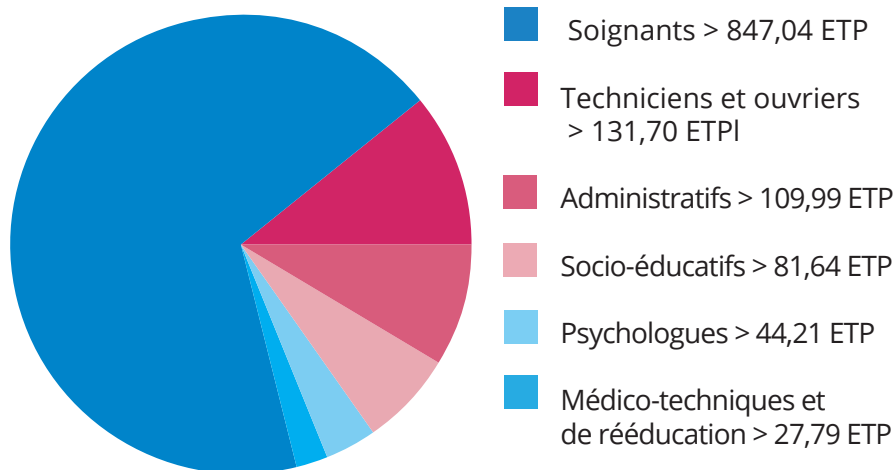
2017

## Ressources humaines

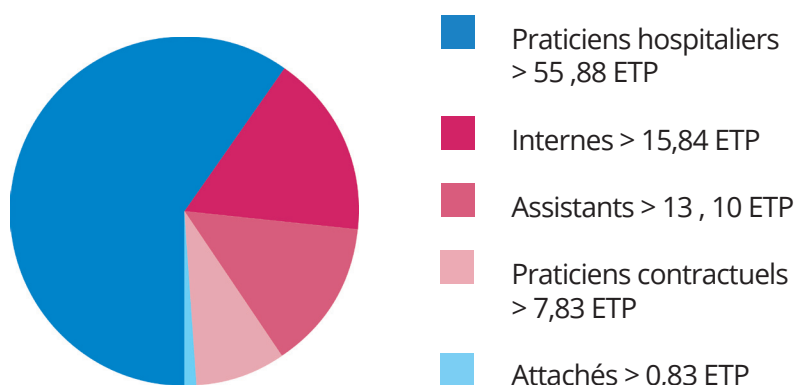
> Nombre moyen d'équivalents temps plein

En 2016 1365.21 ETP En 2017 1363.66 ETP -0,11 %

> Répartition du personnel non-médical par catégorie : **1 270.19 ETP**



> Répartition du personnel médical par catégorie : **93,47 ETP**



### Recrutement 2017 :

> Personnel non-médical:

- Nombre d'agents recrutés sous contrat : **195**
- Nombre d'agents entrés par mutation, détachement ou réintégration : **39**

> Personnel médical

- Nombre d'agents entrés : 44 dont 32 internes.

### Statut 2017

> Répartition du personnel non médical par statut :

- Titulaires et stagiaires : 1 022.67 ETP
- Contractuels : 247,53 ETP

### Titularisations et promotions de grade

- > Nombre de titularisations : 50
- > Nombre de promotions de grade par avancement : 35

### Travailleurs handicapés

- > Taux de travailleurs handicapés au 1er janvier 2016 : 6.06%

### Accidents du travail

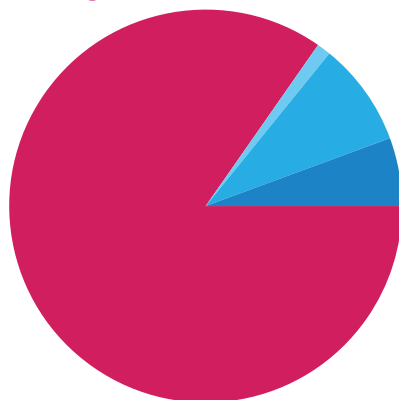
- > Nombre de déclarations d'accident du travail en 2017 : 252 .





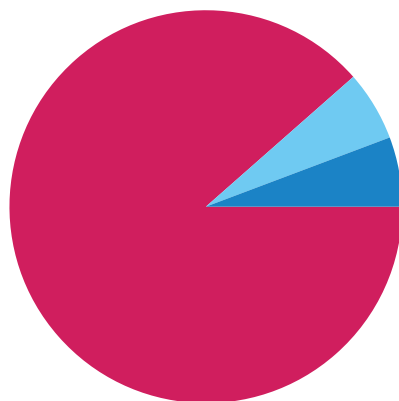
## Résultat 2017

> Charges : total 79 686 793,45 €



- Charges de personnel  
67 494 215,13 €
- Charges à caractère médical  
910 407,01 €
- Charges à caractère hôtelier  
et général : 6 806 264,41 €
- Charges financières :  
4 475 906,90 €

> Produits : total 77 983 951,09 €













- Produits versés par l'assurance maladie  
69 022 384 €
- Autres produits de l'activité hospitalière : 4 491 982,92 €
- Produits de l'activité  
4 469 584,17 €

> Déficit : total 1 702 842,36€

> Part des dépenses consacrées à l'extra-hospitalier

en 2015 : 44,13 %    en 2016 : 45,89 %    évolution : + 1,76 %

## Logistique

-  Nombre de marchés passés : 142
-  Nombre de commandes 3142
-  Nombre d'interventions des services techniques : 8 720
-  Nombre de plis oblitérés : 39 737
-  Nombre de repas servis : 384 534
-  Nombre d'interventions de la sécurité incendie : 8720
-  Nombre d'agents formés à la sécurité incendie : 379
-  Nombre de kg de linge traité : 379 963 kg
-  Nombre de coupes de coiffure réalisées : 499
-  Nombre de transports de patients : 4218

# Principaux dossiers des directions

2017

## Ressources humaines

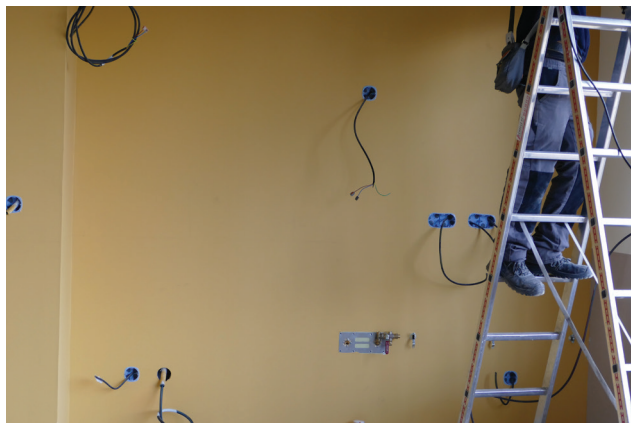
- > **La réforme des modalités d'accueil des nouveaux agents** est aujourd'hui mise en œuvre. Des formations ont lieu régulièrement.
- > **Prévention des risques psychosociaux** : réalisation d'un diagnostic quantitatif (questionnaire) et qualitatif (réalisation d'entretiens par corps de métiers). Analyse du diagnostic et proposition d'un plan d'actions.
- > **Mise en œuvre de l'accord PPCR**, parcours professionnels, carrières et rémunérations, qui a pour objectif de mieux reconnaître l'engagement des fonctionnaires civils et des militaires en revalorisant leurs grilles indiciaires et en améliorant leurs perspectives de carrière.

## Direction des soins

La direction des soins conduit une dynamique de management avec les cadres supérieurs de pôles et propose des axes de réflexions communs autour des thèmes suivants :

- > Analyse de l'absentéisme,
- > Stabilité des équipes soignantes
- > Positionnement soignant,
- > Analyse et réflexion clinique,
- > Qualité des écrits professionnels,
- > Analyse et réflexion sur les pratiques de prise en charge,
- > Activités des patients dans les services

- > Fluidité et gestion des lits, organisation et fonctionnement des services, sécurité des soins et des agents...
- > Pratiques avancées, coordonnateur de parcours de soins, suivi du projet de soins de l'établissement...



*Travaux aux Jardins des Silos*

## Patrimoine et logistique

- > Travaux et aménagements nombreux en 2017 : construction des Jardins des Silos, construction du centre de soins de Bessières, aménagement de la Consult'Ados, relogement de la coordination infanto juvénile, aménagement des bureaux de la CODA HP, travaux de sécurisation du réseau incendie, remplacement de centrales incendies.





Cour d'honneur - Bâtiment B1

## Activité hospitalière, finances et système d'information

- > **Admission et bureau des entrées**
  - Mise en place d'un nouveau circuit de facturation des soins aux détenus.
  - Bascule des flux protocole d'échange standard PES V2.
  
- > **Finances – Contrôle de gestion**
  - Fiabilisation des comptes.
  - Assurer le financement du projet de reconstruction de l'USLD.
  - Évolution des tableaux de suivi des effectifs par pôle.
  
- > **Service de la protection des majeurs**
  - Sécurisation du circuit des ordres de dépenses.
  
- > **Système d'information hospitalier**
  - **Cortexte web** : Migration Cortexte Full web et reprise en infogérance au MIPIH. Création et Alimentation du Dossier médical partagé à partir de Cortexte Web. Création d'un accès à distance à Cortexte Web depuis les urgences du CHU Toulouse et pour les infirmiers d'astreintes du Centre de soins pour étudiants.
  - **Hôpital Numérique** : Dans le cadre du programme Hôpital Numérique, l'ARS a validé en septembre le dossier de l'établissement sur l'ensemble des prérequis HN et l'atteinte des cibles d'usages du domaine D2 et versé le solde de la subvention en décembre (371 200



- € sur un total de 460 000 €).
- **Système d'information administratif**, l'année 2017 a été marquée par deux projets : le projet de gestion électronique de documents (GED Qualdoc), la première étape du processus de dématérialisation de la chaîne comptable et financière, par la mise en place du protocole d'échange PESv2.
  - **Infrastructures** : poursuite du projet de téléphonie sur IP avec la migration de 8 nouveaux sites extérieurs. Le renouvellement des marchés « opérateurs de télécommunications » a permis de réduire les coûts télécoms.

# Objectifs partagés

## Directions et pôles

2017

### Certification et management par la qualité

La visite de certification du CHGM a eu lieu **en Février 2018**.

L'année 2017 a été rythmée par sa préparation :

- > finalisation de l'analyse des processus et de la cartographie des risques ;
- > élaboration et transmission du compte qualité ;
- > mise en œuvre des axes d'amélioration identifiés et nouvelle analyse de chaque processus dans le cadre des « revues de processus ».

Les experts, lors de leur compte rendu de visite, le 9 février dernier, ont salué l'implication de l'ensemble des professionnels dans la démarche qualité.



Un pas de plus vers un pilotage par la qualité partagé !

### Plan de retour à l'équilibre

Le plan de retour à l'équilibre budgétaire implique l'ensemble des directions et pôles de l'établissement : suivi très attentif des effectifs et du remplacement de l'absentéisme (avec réduction de l'effectif moyen rémunéré), examen de la pertinence des dépenses logistiques (exemple : réduction du parc automobile), adéquation des ressources à l'activité (exemple : fermeture de l'hôpital de jour AJIR les fins de semaine), maintien d'effectifs administratifs resserrés, projet de restructuration des unités de suite avec construction d'une filière de réhabilitation psycho-sociale, recherche de recettes complémentaires (exemple : réponse aux différents appels à projet).

Le résultat d'exploitation reste toutefois déficitaire (1.7 millions euros). L'établissement est considéré par l'Agence régionale de santé en « situation de redressement » et doit maintenir ses efforts collectifs de réorganisation et d'efficience.

### Démarche réhabilitation psycho-sociale

L'hôpital est porteur, depuis 2016, d'une démarche globale « Réhabilitation psychosociale » qui vise à organiser nos prises en charge pour permettre à l'ensemble des patients suivis, et notamment les patients aux séjours « longs » de poursuivre un projet de vie malgré la maladie et au-delà de leur projet de soins. La réussite de ce changement impose d'agir sur plusieurs leviers, de modifier notre organisation et nos rapports avec nos partenaires.





Plusieurs projets en lien avec cette démarche ont été planifiés ou mis en œuvre en 2017 :

**> en interne :**

- la création d'un poste de coordonnateur social,
- l'harmonisation du travail en unité de suite,
- la restructuration des unités de soins de suite et de réhabilitation psychosociale,
- la création d'un centre de réhabilitation psychosociale ;

**> en externe :**

- le développement de la réhabilitation psychosociale est un axe prioritaire du projet médical partagé de la Communauté psychiatrique de territoire. Elle associe sur cet axe en particulier, le conseil local de santé mentale de Toulouse.

**Prévention des risques psychosociaux et qualité de vie au travail**

La réalisation du diagnostic psychosocial auprès de l'ensemble des personnels et de la cartographie des risques en matière de qualité de vie au travail s'est poursuivie tout au long de l'année 2017. Diagnostic RPS et cartographie QVT traduisent le sentiment qu'il est de plus en plus difficile d'exercer son métier de soignant, une usure professionnelle qui va de la lassitude à la souffrance.

Des programmes d'actions – individuelles, collectives, organisationnelles – vont être priorités à partir de 2018.

**GHT-CPT**

Equipes cliniques et administratives participent étroitement aux instances et aux travaux du groupement hospitalier de territoire et de la communauté psychiatrique de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn ouest : construction d'un projet pharmaceutique partagé au niveau du groupement ; mise en place d'une fonction achats commune au niveau du groupement ; études préalables à la construction d'un système d'information harmonisé ; échanges thématiques dans le domaine de la représentation des usagers, des ressources humaines, de la qualité et de la communication ; élaboration et déclinaison du projet médical et de soins partagé de la filière psychiatrie/santé mentale.



**Le développement durable**



Le Comité de pilotage Développement Durable s'est réuni trois fois en 2017. Il a établi un bilan des actions entreprises depuis 2013 et s'est doté d'un nouveau plan d'actions.

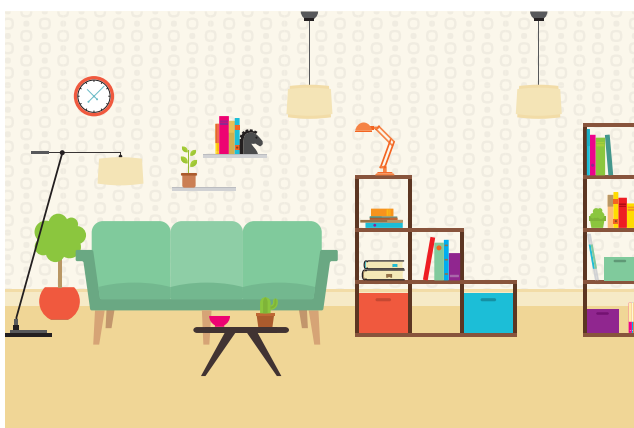
# Pôle de psychiatrie pour adultes

## Rive Gauche

Secteurs : 1, 2 et 6

### Création d'un service d'accueil familial thérapeutique unique

Depuis le mois de janvier 2018, l'établissement dispose d'un service unique d'accueil familial thérapeutique. Les agréments des treize familles d'accueil répartis jusqu'alors au sein de deux services basés à Muret (secteur 1) et aux Arènes (secteur 6) sont aujourd'hui rassemblés au sein d'un service unique situé au Centre de soins des Arènes. Cette réorganisation du service a supposé un travail important tout au long de l'année 2017.



L'accueil familial thérapeutique permet à des patients en hospitalisation libre d'être hébergés au sein de familles d'accueil. Les familles d'accueil agréées par le CH deviennent de véritables partenaires du projet de rétablissement du patient. Autour de cette solution d'hébergement, l'équipe de soins assure la mise en œuvre du projet de réhabilitation du patient et le soutien des familles.

### Psydom, hospitalisation à domicile

Inauguré en septembre 2015, le service d'hospitalisation à domicile Psydom, est un succès.



**PSYDOM** (31)

hospitalisation à domicile

En 2017, l'activité du service est toujours intense avec une occupation des 30 lits quasi permanente. Les retours des partenaires et des usagers sont extrêmement positifs, tant sur la pertinence du dispositif proposé que sur la qualité des prises en charge. Ce bilan est rendu possible par le dynamisme, la motivation et l'investissement de son équipe de soins.

### Un chez soi d'abord

Ce dispositif expérimental destiné aux personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques sévères est pérennisé dans le cadre d'un GCSMS regroupant Soliha 31, le CH Gérard Marchant et l'association Clémence Isaure.





Centre de soins des Arènes - secteurs 2 et 6



CMP CATTp de Colomiers - secteur 6

### Mise en place d'un tableau de suivi du premier rendez-vous

Le tableau de bord en cours de test au CMP de Colomiers permet d'analyser la provenance des patients et le délai entre le premier contact téléphonique avec un infirmier et le premier rendez-vous avec un psychiatre.

« Les indicateurs continuent de montrer une progression de l'activité du pôle . Cette progression atteint ses limites au niveau de l'hospitalisation et ne pourra se poursuivre sur l'ambulatoire que si les postes médicaux viennent à être pourvus. »

Chef de pôle :  
 Dr Radoine HAOUI  
 Cadre supérieur de santé :  
 Patrick BELLEFOND  
 Cadre administratif de pôle :  
 Karine DONADIEU

### Secteurs 1, 2 et 6

File Active	2016	2017	Évolution
Secteur 1	1430	1241	- 13,2 %
Secteur 2	1310	1332	+ 1,7 %
Secteur 6	1411	1465	+ 3,8 %
HAD	140	128	- 8,6 %

### Enquête de séjours (hospitalisation)

	2016	2017
Nombre de retours	121	153
Taux global de satisfaction	93 %	93,40%

### Enquête de satisfaction en ambulatoire

	2016	2017
Nombre de retours	170	138
Taux global de satisfaction	95 %	94,40 %

### Délai de transmission du compte-rendu de sortie

	2016	2017
Taux de réalisation	81 %	95 %
Délai conforme	97 %	55 %

# Pôle de psychiatrie pour adultes

## Rive Droite Nord-Est

Secteurs : 3 et 8

### Projet de création du centre de soins de Bessières

La construction d'un centre de soins à Bessières devrait faciliter l'accès aux soins des habitants du bassin de santé Saint-Jean - l'Union. Le rassemblement des équipes du CMP de Bouloc et du CMP CATT de Buzet sur un site unique permettra d'augmenter l'amplitude des horaires d'ouverture, de faciliter l'accès au CATT pour l'ensemble des usagers et enfin, d'organiser une présence médicale constante sur la structure.

### Le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel RECIFS

Le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel RECIFS est spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire. Son équipe avait redéfini le projet de la structure en 2016 avec pour objectifs :

- > une baisse des délais d'attente ;
- > la mise en place de nouveaux ateliers ;
- > la réorganisation des entretiens individuels et collectifs.

Les premiers résultats chiffrés de la mise en œuvre de ce nouveau projet sont très positifs

### L'unité de souffrance psycho-sociale (USPS)

L'USPS intervient en appui aux dispositifs sociaux confrontés à des problématiques d'isolement au sein de quartiers difficiles. Un poste de secrétaire médicale dédié à l'USPS a été consolidé en 2017.

### Psychiatrie du sujet âgé

Le pôle est très impliqué dans le développement d'une offre de soins à vocation intersectorielle, en psychiatrie de la personne âgée. En 2018, Une coopération avec le pôle Médical et Technique va permettre d'étoffer l'offre de soins en direction des personnes âgées souffrant de pathologie mentale. Ainsi le médecin référent de l'EMIPSA et de l'hôpital de jour Negreneys proposera une activité de liaison afin d'aider à la prise en charge de cette population et interviendra dans le service de psychogériatrie de la nouvelle unité du pôle médical et technique : Les jardins des Silos



Lycée Raymond Naves

### Equipe sanitaire d'appui aux équipes éducatives et lycéens (ESAEEL)

Le pôle porte un projet de création d'une équipe de liaison qui interviendrait en appui aux lycéens et équipes éducatives des lycées toulousains.





CMP CATT Pont des Minimes - secteur 3

## Partenariats avec le médico-social

Les unités de liaison intersectorielle du handicap psychique (ULIS HP) sont des dispositifs de soutien créés en partenariat et à l'intention des partenaires du médico-social (A.S.E.I. et A.J.H). En 2017, le pôle a entamé des échanges avec l'A.G.A.P.E.I. dans l'éventualité de créer une 3<sup>e</sup> unité dédiée.



Psychyclette 2017

« Le pôle reste très attentif au fait que la destigmatisation de la maladie mentale et le respect de la dignité des patients soient au cœur de ses pratiques. Il s'évertue à promouvoir des actions visant à soutenir ces valeurs (Prix Folire, Culture et santé, Psychyclette,...). »

Chef de pôle :  
 Dr Jérôme BOUCARD  
 Cadre supérieur de santé :  
 Corinne FORTIN  
 Cadre administratif de pôle :  
 Cédric VINCENT

## Secteurs 3 et 8

File Active	2016	2017	Évolution
Secteur 3	1 432	1380	- 3,63 %
Secteur 8	1 449	1412	- 2,55 %
EMIHP/ATM	207	227	+ 9,66 %

### Enquête de séjours (hospitalisation)

	2016	2017
Nombre de retours	144	83
Taux global de satisfaction	90 %	91,10%

### Enquête de satisfaction en ambulatoire

	2016	2017
Nombre de retours	49	42
Taux global de satisfaction	93 %	95,10 %

### Délai de transmission du compte-rendu de sortie

	2016	2017
Taux de réalisation	81 %	100 %
Délai conforme	97 %	76 %

# Pôle de psychiatrie pour adultes

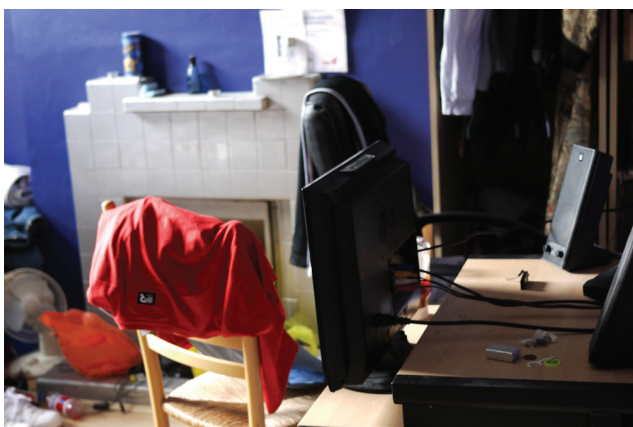
## Rive Droite Sud-Est

Secteurs : 4 et 5

### AJIR, création d'une filière post-aiguë

La fermeture de la structure les week-ends, a supposé une révision du positionnement de la structure avec la création d'une filière post-aiguë au côté de la filière aiguë existante. Cette nouvelle filière s'adresse à toute personne susceptible de bénéficier de soins groupaux d'orientation cognitive et comportementale pour des problématiques spécifiques (gestion du sommeil, émotions positives, gestion du stress, prévention de la rechute).

### L'EMIC, une équipe mobilisée sur plusieurs projets



- > Le premier projet de l'EMIC concerne la prise en charge des jeunes repliés au domicile. Ces jeunes reclus constituent une parentèle en augmentation constante représentant 7% de l'activité actuelle de l'équipe. La mise en œuvre de ce projet permettrait une évaluation complète :

« Les jeunes reclus au domicile représentent à l'heure actuelle 7 % de l'activité de l'équipe mobile d'intervention et de crise (EMIC). »

psychiatrique, neuropsychologique et éducative ainsi qu'un dispositif de suivi spécifique en lien avec les secteurs et les partenaires.

- > Le second projet est d'améliorer la coordination des interventions nécessitant un partenariat avec les équipes du SAMU et les services de police. Ce projet a démarré par des rencontres avec les services de police en 2017, et il se poursuit actuellement par une immersion de l'ensemble de l'équipe à la régulation du SAMU.

### Un projet d'agrandissement pour le CMP Nailloux

En 2017, le pôle a lancé une étude concernant l'extension des locaux, aujourd'hui, insuffisants pour accueillir l'intégralité de l'activité de la structure, notamment l'activité du centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Une solution en collaboration avec la maison de santé est en cours de réflexion

L'équipe du CMP de Nailloux étudie un projet d'intervention sur le bassin de santé de Revel en formalisant un partenariat avec le CH de Revel pour :

- > assurer des prises en charge de personnes âgées présentant des troubles en lien avec une pathologie psychiatrique ;
- > maintenir des visites à domicile pour des patients connus,
- > mettre en œuvre des consultations d'orientation.





CMP CATT, de Saint-Sauveur - secteur 4



CMP CATT de Nailloux - secteur 4

## Projet de création d'une clinique pour étudiants

La création d'une clinique de soins psychiatriques à destination des étudiants toulousains est un des axes de travail du pôle.

Les modalités de montage et de mise en œuvre du projet sont encore à l'étude.

**« L'équipe du pôle reste investie dans la vie des unités avec pour objectif prioritaire la dispensation de soins de qualité, accessibles à toutes catégories de patients. »**

Chef de pôle :  
Dr Pierre HECQUET  
Cadre supérieur de santé :  
Catherine POURTAU  
Cadre administratif de pôle:  
Cédric VINCENT

## Secteurs 4 et 5

File Active	2016	2017	Évolution
Secteur 4	1 486	1147	- 23 %
Secteur 5	1 651	1686	+ 2,1 %
PAJA-EMIC	394	397	+ 0,76 %

### Enquête de séjours (hospitalisation)

	2016	2017
Nombre de retours	183	136
Taux global de satisfaction	86%	94,4%

### Enquête de satisfaction en ambulatoire

	2016	2017
Nombre de retours	15	42
Taux de satisfaction	100%	89,5%

### Délai de transmission du compte-rendu de sortie

	2016	2017
Taux de réalisation	NC	98 %
Délai conforme	NC	58 %

# Pôle de psychiatrie infanto-juvénile

## Partenariats en direction du médico-social et des dispositifs sanitaires publics en charge de l'enfance

Le pôle s'est attaché à conforter les partenariats en direction du médico-social et des dispositifs sanitaires publics en charge de l'enfance. Le travail de l'unité mobile d'évaluation et de soutien, dont le pôle aurait souhaité voir les moyens renforcés, s'inscrit pleinement dans cet axe.

En 2017, et afin de faciliter une meilleure compréhension de l'environnement partenarial, les soignants du pôle ont participé aux stages croisés proposés par l'Agence régionale de santé (ARS).



## Réorganisation du dispositif de soins pour adolescents

> La Consult'Ado a ouvert en mai 2017. Le dispositif est vite repéré par les partenaires. Les 3 Consult'Ado des 3 secteurs infanto-juvéniles travaillent en bonne coordination et font la preuve

de leur pertinence dans la gestion des urgences. La carence en temps médicaux sur le service ne permet malheureusement pas qu'un équivalent temps plein médical comme prévu y soit affecté.

> L'hôpital de jour pour adolescents a fait l'objet d'une suspension de son activité pendant 3 mois avec une refonte complète de son équipe. Ce dispositif doit trouver sa place dans une offre de soins pour les adolescents contrainte par l'éloignement géographique et l'absence de CATTTP au Sud de notre secteur, ainsi que par la faiblesse de propositions de réponses modulées (Hôpital de jour réactif).

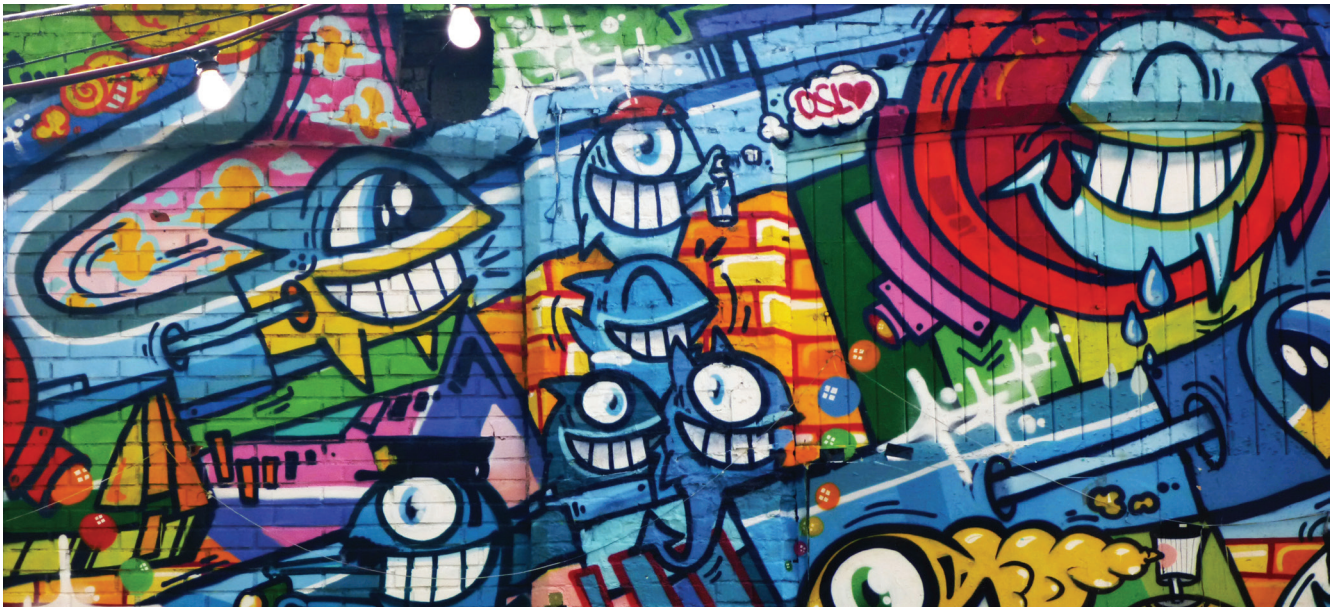
## Améliorer le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement des enfants présentant de TSA

> L'ensemble des hôpitaux de jour a bénéficié d'une formation « Sensibilisation à l'autisme approche clinique et interventions éducatives : «PEP-3, Vineland, TEACCH».

> Les CMP pivot de chaque structure interne Sud et Ouest se sont organisés pour mettre en place une évaluation diagnostique type ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule).

> L'Unité d'évaluation autisme (UEA) et le dispositif de Coordination et appui des parcours précoces en autisme (CAPPA) sont sans locaux depuis octobre 2016. A noter qu'en fin de convention de coopération pour l'équipe diagnostic Haute Garonne Sud et Ariège Ouest en décembre 2017, deux partenaires le CHAC et l'ARSEAA se sont désengagés.





### Améliorer l'articulation des pôles infanto-juvénile et adultes sur la prise en charge des 16-18 ans

- > Une évaluation des pratiques professionnelles est en cours.
- > 0,5 ETP dédié d'assistant socio-éducatif (ASE) sur l'accompagnement et le passage des adolescents vers les structures adultes et/ou médico-sociales.

### Accompagnement de la parentalité :

La carence en temps médicaux et la diminution d'un mi-temps d'infirmière n'ont pas permis de maintenir les activités de visites médiatisées du Centre d'Aide à la Parentalité.

Le projet est à réactualiser et à redynamiser en 2018 d'autant que les actions en direction du soutien des aidants et des familles font partie des axes prioritaires du futur PRS et que le pôle a acquis une expertise dans ce domaine.

### Vie du pôle

Le Dr Jousselein a quitté ses fonctions de chef de pôle en juillet 2017. Mme le Dr Chollet-Fouks a été nommée à sa suite.

Chef de pôle :  
Dr Catherine CHOLLET-FOUKS  
Cadre supérieur de santé :  
Francis BOUDES  
Cadre administratif de pôle :  
Josiane AZAIS

### Secteur 2 de psychiatrie infanto-juvénile

#### File Active

2016	2017	Évolution
1520	1535	+ 0,98 %

#### Enquête de séjours (hospitalisation)

	2016	2017
Nombre de retours	69	27
Taux global de satisfaction	94 %	96,10 %

#### Enquête de satisfaction en ambulatoire

	2016	2017
Nombre de retours	149	201
Taux global de satisfaction	94,4% CMP 96,4% HJ	95,4 %

# Pôle de psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire

## Une surpopulation pénale qui continue d'augmenter

On assiste, cette année encore, à une augmentation du taux de densité des personnes écrouées sur les maisons d'arrêt d'Occitanie. A Seysses ce taux est passé de 152 à 169 % en un an.

Cette surpopulation participe à de mauvaises conditions de vie pour les personnes détenues et une saturation des dispositifs de prise en charge à tous les niveaux, les moyens dédiés étant constants et prévus pour des volumes de population bien inférieurs.



De plus, le secteur en milieu pénitentiaire ne peut structurellement déléguer ses missions. Le CHGM et le pôle devront être attentifs à l'éventuelle construction d'une prison supplémentaire.

## Mise en œuvre des protocoles entre l'administration pénitentiaire, le CHU, l'ARS et le CHGM

Les protocoles de fonctionnement inter-établissements ont été signés en 2016. La situation relative à la permanence des soins psychiatriques sur la maison d'arrêt, a été régularisée en 2017, donnant lieu à l'adoption d'un avenant en cours de signature.

## Projet « Télémédecine santé-détenus »



Le pôle est fortement impliqué dans le projet «Télémédecine santé-détenus».

Dans un premier temps, le projet prévoit de faciliter la télé-expertise (échange entre professionnels de santé hors de la présence du patient). Les unités du pôle pourront aussi bien être «appelant/requérant» ou «réfèrent/requis». Des audits préalables à la mise en œuvre des moyens techniques nécessaires ont été réalisés dans les différentes unités du pôle.



Chambre UHSA - Aile A

### Le centre ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIAVS)

Présentation de l'équipe et des missions du CRIAVS au sein de différentes réunions institutionnelles du CHGM pour développer les relations en intra-hospitalier. Cette démarche a permis en 2017 de développer les interventions de soutien auprès des équipes du CH, tout en continuant les interventions auprès d'institutions extérieures variées.

**« L'état sanitaire des personnes détenues se dégrade, pour les troubles mentaux mais aussi somatiques. Au Centre de détention de Muret, 88 % des nouveaux arrivants vont relever d'un suivi par le SMPR(...) A l'UHSA des patients peu, voire, incompatibles avec la détention sont écroués et admis sur la structure, entraînant un allongement de la durée moyenne des séjours. Il est prévu d'engager un groupe de travail sur la prise en charge des sortants de prison »**

Chef de pôle :  
 Dr Catherine CHAIX  
 Cadre supérieur de santé :  
 Marc CAMPANER  
 Cadre administratif de pôle :  
 Karine DONADIEU

### Secteur PCAMP

#### Secteur PCAMP

#### File Active

2016	2017	Évolution
3026	3176	+ 4,9 %

#### Enquête de séjours (hospitalisation)

	2016	2017
Nombre de retours	62	56
Taux global de satisfaction	89 %	90 %

#### Taux de séjours avec document de sortie dans les délais (Hôpital Numérique)

	2016	2017
UHSA A	89%	77%
UHSA B	85%	62%



# Pôle Médical et technique

## Les jardins des Silos, projet d'extension et de rénovation de l'Unité de soins de longue durée.

Construction d'une unité de 80 lits composée de trois secteurs :

- > une Unité d'hébergement renforcé UHR : 14 patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée compliquée de symptômes psycho comportementaux sévères qui peuvent altérer la sécurité et la qualité de vie des autres patients.



*Les jardins des silos*

- > une unité de soins de longue durée (USLD) à orientation psycho-gériatrique : 22 patients ayant des pathologies psychiatriques ainsi qu'une dépendance ou des problèmes somatiques chroniques ou des troubles démentiels associés.
- > une USLD gériatrique : 44 patients affectés de pathologies chroniques sévères, organiques, entraînant ou aggravant une perte d'autonomie organique.

## Dates clés :

- > **Septembre 2016** : début des travaux.
- > **Année 2017** : Information sur le projet donnée aux familles au CVS de juin 2017. Nombreux entretiens en vue du recrutement des nouveaux agents (24). Ecriture du projet de soins et présentation aux instances. Rédaction d'un contrat de séjour et règlement intérieur.
- > **Mars 2018** : Ouverture:

## Inscription dans le réseau « personnes âgées »

- > Participation aux réunions GHT « filière gériatrique ».
- > Participation aux réunions des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) de Toulouse.

## Création d'une consultation dédiée aux personnes handicapées psychiques

Lancement en janvier 2018

## Pharmacie

- > Obtention de la certification ISO 9001 :2008 pour la dispensation de produits pharmaceutiques.
- > Finalisation de l'organisation autour des médicaments à risque.
- > Pilotage de l'organisation de la chambre des erreurs pour la troisième année consécutive dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients.



Hémicycle

- > Membre du collectif pharmacies hospitalières en Midi-Pyrénées. Participation à la rédaction du projet médical du GHT volet pharmaceutique.

### Éducation thérapeutique

Déploiement de la mise en œuvre des «Ateliers du médicament », programme autorisé par l'ARS.

### Comité de lutte contre la Douleur

- > Finalisation de l'outil « Les incollables de la douleur », distribué dans les unités d'hospitalisation continue.
- > Rédaction et diffusion des recommandations sur la prise en charge de la douleur en CMP et CATTP.

### Nutrition

- > Projet Fraich'attitude = 7 unités participantes dont 16 projets.

### Département d'information médicale

- > **Mai 2017** : toutes les unités de soins ont migré vers Cortexte Full web et l'ensemble des utilisateurs est formé à quelques rares exceptions près.

Chef de pôle :  
 Dr Laurence BONNET  
 Cadre supérieur de santé :  
 Janine COURTADE  
 Cadre administratif de pôle :  
 Mederic DE CHIVRE

## Chiffres clés

### Nombre de journées - Temps complet - USLD

2016	2017	Évolution
17 084	16 986	-0,57 %

### File active - Cabinet dentaire

2016	2017	Évolution
381	393	+ 3,14 %

### File active - ELSA

2016	2017	Évolution
378	368	- 2,64 %

### Nombre d'observations

#### Médecine somatique

2016	2017	Évolution
7241	8336	+ 15,12 %

### Nombre d'actes - Diététiciennes

2016	2017	Évolution
2003	1757	- 12,28 %

### Nombre d'actes - Pédicure

2016	2017	Évolution
638	511	- 19,90 %

# Vie des instances

2017

## Conseil de Surveillance - 3 réunions

### Composition

**Président** : Monsieur François CHOLLET, Représentant de Toulouse Métropole

### Membres du Conseil de surveillance avec voix délibérative

#### - Représentants des collectivités territoriales

- > Monsieur François CHOLLET, Représentant de Toulouse Métropole
- > Madame Isabelle ROLLAND, Représentante du Président du Conseil Départemental de la Haute-Garonne
- > Madame Charlotte BOUDARD-PIERRON, Représentant de la Mairie de Toulouse
- > Monsieur Daniel ROUGE, Représentant de Toulouse Métropole
- > Monsieur Jean-Louis LLORCA, Représentant du Conseil Départemental de la Haute-Garonne

#### - Représentants du personnel

- > Madame Corinne FORTIN, Représentante de la Commission de Soins Infirmiers
- > Monsieur le Docteur Christophe DELMAS, Représentant de la Commission Médicale d'Établissement
- > Monsieur le Docteur Jean-Jacques JOUSSELLIN, Représentant de la Commission Médicale d'Établissement (jusqu'en septembre 2017)
- > Monsieur le Docteur Pascal MARIE, Représentant de la Commission Médicale d'Établissement (à partir d'Octobre 2017)
- > Monsieur Serge ALBINET, Représentant désigné par les organisations syndicales

- > Madame Isabelle MORERE, Représentant désigné par les organisations syndicales

#### - Représentants en qualité de personnes qualifiées

- > Monsieur Michel DMUCHOWSKI, Personnalité qualifiée désignée par le Directeur Général de l'ARS
- > Monsieur Jean-Paul DUPONT, Personnalité qualifiée désignée par le Directeur Général de l'ARS
- > Madame Anne MARTY, Personnalité qualifiée désignée par le Préfet de la Haute-Garonne
- > Monsieur Jean-Louis AGARD, Représentant l'Association Sésame Autisme Midi-Pyrénées, désigné par le Préfet de la Haute-Garonne
- > Monsieur Jean-Yves SOUILLARD, Représentant l'Union Nationale des Amis et Familles de malades mentaux, désigné par le Préfet de la Haute-Garonne

### Membres du Conseil de surveillance avec voix consultative

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI, Vice-Président du Directoire - Madame Monique CAVALIER, Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie - Représentée par Monsieur Laurent POQUET, Délégué territorial de la Haute-Garonne - Monsieur le Directeur des organismes de Sécurité Sociale - Madame Nathalie BONNET, Présidente du Conseil de Vie Sociale du CH G. Marchant (USLD) (jusqu'au mois de juin 2017) - Madame VIERS, Présidente du Conseil de Vie Sociale du C.H.G. Marchant (USLD) (à partir du mois de juin 2017) Monsieur le Docteur Jean-Jacques LAYANI, Représentant du Comité d'éthique - Madame Véronique CALMELS, Trésorière du CH G. Marchant - Madame Catherine PASQUET, Di-

rectrice du CH G. Marchant, Secrétaire du Conseil de Surveillance - Mademoiselle Christine ARNAL, Madame Laurence COMBEAU MASSON, Madame Stéphanie GUYERE (jusqu'en octobre 2017), Monsieur Alain MIGNARD, Madame Dominique SAHAL, Directeurs-Adjoints

## Directoire - 11 réunions

### Composition

#### - Trois membres de droit :

- > La Directrice (Présidente du Directoire) – Mme C. PASQUET
- > Le Président de la CME. (Vice-président du Directoire) : M. le Docteur R. HAOUI
- > La Présidente de la CSIRMT : Mme L. COMBEAU-MASSON

#### - Quatre membres nommés par le Directeur :

- > Un Directeur Adjoint : M. A. MIGNARD
- > Trois membres des professions médicales : M. le Docteur J. BOUCARD – Mme le Docteur C. CHOLLET-FOUKS (jusqu'au 1er juillet 2017) - M. le Docteur J-J JOUSSELLIN (à partir du 1er juillet 2017) – Mme le Docteur C. CHAIX

#### - Sept autres membres sont associés aux travaux :

M. le Docteur P. HECQUET, M. le Docteur J-J JOUSSELLIN, (jusqu'au 1er juillet 2017) - Mme le Docteur CHOLLET-FOUKS (à partir du 1er juillet 2017) - Mme L. BONNET, M. le Docteur P. GABRIE (jusqu'à fin novembre 2017) , Mme C. ARNAL, Mme D. SAHAL, Mme S. GUYERE (jusqu'en Octobre 2017).

## Commission médicale

### d'établissement - 10 réunions

### Composition

- > M. le Docteur R. HAOUI, Président ;
- > M. le Docteur J.J. JOUSSELLIN, Vice-président (jusqu'en septembre 2017).
- > M. le Docteur J. BOUCARD, Vice-président (à partir de septembre 2017).

#### - Chefs de pôles cliniques et médico-techniques :

- > Mme le Docteur BONNET ;
- > M. le Docteur HAOUI ;
- > M. le Docteur JOUSSELLIN (jusqu'en septembre 2017);
- > Mme le Docteur CHOLLET FOUKS (à partir de Septembre 2017);
- > Mme le Docteur CHAIX ;
- > M. le Docteur BOUCARD ;
- > M. le Docteur HECQUET.

#### - Représentants des responsables de structures internes, services ou unités fonctionnelles :

- > M. le Docteur LAYANI ;
- > M. le Docteur DELMAS ;
- > Mme le Docteur MONCANY DE ST AIGNAN ;
- > Mme le Docteur CHOLLET FOUKS ;
- > M. le Docteur MARIE ;
- > Mme le Dr HUKUM.

#### Suppléants :

- > Mme le Docteur BOURREL ;
- > Mme le Docteur LEVRAT ;
- > Mme le Docteur BATAILLE-PERIE ;
- > Mme le Docteur CALVET-LEFEUVRE.

#### - Représentants des praticiens titulaires :

- > Mme le Docteur JAMOT ;
- > M. le Docteur GAVARRET ;
- > M. le Docteur DE GROVE ;
- > Mme le Docteur CROCHET.

#### Suppléants :

- > Mme le Docteur GOUCHENE ;
- > Mme le Docteur FRERE ;
- > Mme le Docteur ELOUADIFI ;
- > Mme le Docteur RANJEVA.

#### - Représentants des personnels temporaires non titulaires contractuels ou exerçant à titre libéral :

- > M. le Docteur CARRE ;
- > Mme le Docteur NEAUPORT.

#### Suppléants :

- > Mme le Docteur BERNIAC ;
- > Mme le Docteur FABRE.

#### - Représentant des pharmaciens hospitaliers :

- > Mme Mylène SEGONDS.

#### - Praticien responsable de l'information médicale :

- > M. le Docteur GABRIE (jusqu'en novembre 2017).

#### - Représentants des Internes : (renouvelés tous les 6 mois à chaque début de période de stage) :

- > M. BENSOUSSAN représentant des internes de psychiatrie- Suppléant : Mme MOKKEDEM Lorraine (absente)
- > -Mme HUET Soline représentant des internes de pharmacie (absente)

#### - Invité Permanent :

- > Mme TEXIER Ingénieur Qualité / GDR

#### Assistent à la séance :

Mme PASQUET, Directeur - Mme SAHAL, Directeur Adjoint - M. MIGNARD, Directeur Adjoint - Mme ARNAL, Directeur Adjoint - Mme GUYERE, Directeur Adjoint (jusqu'en Octobre 2017)- Mme COMBEAU-MASSON, Directeur des Soins, représentant la CSIRMT - Mme BRAMI, représentante du CTE à la CME



## Les sous-commissions de la Commission médicale

### > CODIMEQS

Présidence : Président de CME + Médecin DIM  
2017 : 4 réunions

### > COMEDIMS

Directrice + Président de CME  
2017 : 2 réunions

### > DPC

Dr Chollet  
2 réunions

### > CLOPA

Vice-Présidence : Dr HEREDIA  
2017 : 6 réunions

### > ILIN

Présidence : Dr FELICE  
2017 : 2 réunions

### > CLAN

Présidence : Dr MIMOUN  
2017 : 2 réunions

### > CLUD

Présidence : Dr SEGONDS  
2017 : 5 réunions su intranet

### > Comité d'éthique

Présidence : Dr LAYANI  
2017 : 4 réunions

### > COPS :

Présidence : Directrice, Président de CME et  
Directrice des RH  
2017 : 1 réunion

## Le comité technique d'établissement - 7 réunions en 2017

### Composition

1/ La Directrice de l'Établissement ou son représentant, Président,

2/ Les membres représentant le personnel:  
**Syndicat CGT**

Membres titulaires	Membres suppléants
Mme MORERE I.	M. MALINOWSKI Ch.
M. GALAUP J.	M. SERRES L.
Mme BAILLY Ch.	Mme SOBRIE F.
Mme BRAMI Carole	Mme LUIZ D.
Mme BALANSA Ch.	Mme DELRIEU M.

### **Syndicat FO**

Membres titulaires	Membres suppléants
M. ALBINET S.	Mme SPITAEELS V.
M. SERRES D.	Mme MEDJEBEUR M.
Mme LAMY F.	Mme BEDR M.
Mme ALLIO L.	Mme POTTERS PENDINO M.
M. BOUISSOU T. jusqu'en juillet 2017	
puis Mme TAIRI M.	Mme GILLES A.

### **Syndicat SUD**

Membres titulaires	Membres suppléants
M. RINGOOT François	Mme MOULY Isabelle

Mme VERGEZ Brigitte      Mme TONG VAN Virginie

3/ Le Membre représentant de la Commission Médicale d'Établissement

Madame le Docteur Catherine CHOLLET-FOUKS

## Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail - 11 réunions en 2017

### composition nominative du CHSCT

#### *Les membres à voix délibérative*

Madame Catherine PASQUET Directrice

#### TITULAIRES

Mme ALLIO L. (FO)      Mme MASSON N.(FO)  
M. SERRES Daniel (FO)      M.CASTEL Yvan(FO)  
Mme BEDR M. (FO)      Mme POTTERS PENDINO M.(FO)  
Mme JOUGLA Françoise      Mme MORERE Isabelle (CGT)  
Mme SEFF Isabelle (CGT)      M. GALAUP Jonathan (CGT)  
M. LAHELLEC Guillaume      Mme BELMONTE Valérie(SUD)

#### SUPPLEANTS

Mme le Dr JAMOT Nathalie, Praticien Hospitalier (CME)

#### *Les membres à voix consultative*

Madame le Docteur Marie TRICOT, Médecin du Travail  
Mademoiselle ARNAL Christine, Directeur Adjoint du Patrimoine et de la logistique  
Madame COMBEAU-MASSON, Directeur des Soins  
Madame TARI, Hélène Infirmière hygiéniste  
Inspecteur du Travail  
Service Prévention de la CARSAT

#### *Les membres invités permanents*

Madame SAHAL Dominique, Directeur des Ressources Humaines  
Madame GUYERE Stéphanie, Directrice adjointe chargée des affaires générales et des relations avec les usagers (jusqu'en octobre 2017)  
Monsieur FAUROUX Anne-Laure, Ingénieur  
Monsieur BENYETTOU Abdelkader, Responsable du Service de Sécurité  
Madame GUIBERT Christine, Psycho-ergonome  
Madame Emeline DUPOUY, Attachée d'administration DRH

#### *Secrétaire*

Madame Isabelle SEFF CGT  
Monsieur Daniel Serres (secrétaire Adjoint) FO

## La commission des soins infirmiers et de rééducation - 7 réunions en 2017

### Composition

#### COLLEGE DES CADRES DE SANTE

##### Titulaires :

BELLOMO Marie-Ange - CMP/CATTP Marengo  
CARDOSO Carlos - P.A.J.A  
TIXIER Bernadette - C.I.R



CHARPANTIER Floriane - C.M.P/C.A.T.T.P Villa Albert  
SEGUR Katia - Cervantès  
DELERIS Laure - Prigogine  
FORTIN Corinne - Pôle R.D.N.E  
YBERT Magalie - H.J Adolescent  
LORIATO Caroline - Pharmacie  
COURTADE Janine - Pôle M.T

#### **Suppléants :**

POURTAU Cathy - Pôle R.D.S.E  
GIBERT Sandrine - H.J Négrenays  
BOUIN Eliane - Laborit  
ARGENTY Jean - C.I.R  
CASTEL Yvan - Maupassant

#### **COLLEGE DES PERSONNELS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUES**

##### **Titulaires :**

MAGNANI Rémi - A.T.M  
BELLOIR Yann - C.M.P Carbonne  
SALAS Sandra - A.T.M  
DUCHENE Lucile - S.M.P.R Muret  
HUET Nadia - A.T.M  
OSTROWSKI Edmond - C.P.C Maignan  
RESTES Philippe - A.T.M  
SOUZA OLIVEIRA Morena - C.M.P Villa Albert  
SAUZARET Marielle - C.M.P Marengo  
JACQUIN Isabelle - Verlaine  
LANNES Bérangère - Laborit  
MALLEBAY Michèle - S.M.P.R Seysses  
TARI COMBRET Hélène - Hygiène  
COMERE Cécile - APT Thérapeutique secteur 1  
RIVALS Agnès - H.J Lalanne

##### **Suppléants :**

MASSON Nathalie - CMP Pont des Minimes  
BOBICHON Mélanie - Pharmacie  
DELRIEU Marie S.M.P.R - Seysses  
GEREY Vanessa - Laborit  
TOUJAS Jean-Paul C.M.P - Muret  
LOAEC Morgane - U.H.S.A  
AMELAINE Agnès - U.H.S.A  
PIGNEUL Christine - Médecine du Travail  
DEVILLE Samira - P.A.J.A  
NAVARRO Aurélie - P.A.J.A

#### **COLLEGE DES AIDES SOIGNANTS**

##### **Titulaires :**

BARES Laura - Bonnafé  
LAFRAM Smahan - U.H.S.A  
PERONNET ROSSETTI Laetitia - P.A.J.A  
TAIRI Miloudia - Gérard de Nerval  
TOUZARD Marie-Josée - U.S.L.D

#### **La commission des usagers - 4 réunions en 2017**

##### **Composition**

Président : M. J.L. AGARD, représentant des usagers  
Vice-président : Dr J.J. LAYANI, médiateur médical titulaire

Représentant légal de l'établissement :  
Mme C. PASQUET : Directrice

Deux médiateurs :

Dr J.J. LAYANI : médiateur médical titulaire  
M. A. MIGNARD : médiateur non médical titulaire  
Dr J. BOUCARD : médiateur médical suppléant  
Mme L. ARMINGEAT : médiateur non médical suppléante puis Mme F. CHARPANTIER à partir de février 2017

Deux représentants des usagers et deux suppléants :  
M. J.L. AGARD (Sésame Autisme) : Titulaire  
M. J.Y SOUILLARD (Unafam) : Titulaire  
Mme J. LACAN, UDAP, suppléant  
Mme E. BOURLIER (Bon pied Bon œil) : suppléante

Dr R. HAOUI : Président de la CME

Membre de la CSIRMT:

Mme B. LANNES (infirmière) : titulaire  
Mme M. KLEIN QUIRET (cadre de santé) : Suppléante

Représentant du personnel (CTE) :

Mme I. MORERE : Titulaire  
Mme C. BALANSA : Suppléant

Représentant du Conseil de surveillance :

M. Michel DMUCHOWSKI : Titulaire  
Mme Anne MARTY : Suppléante

Assiste : Mme Stéphanie GUYERE, Directeur adjoint  
(jusqu'en octobre 2017)

#### **Le COPIL développement durable - 3réunions en 2017**

##### **Composition**

Chef de projet : Mme ARNAL, Directrice Adjointe DPL  
Directeur Adjoint DAHFSI : M. MIGNARD  
Directrice Adjoint Ressources Humaines : Mme SAHAL  
Représentante de la Direction des Soins : Mme POURTAU  
Ingénieur Maintenance Travaux Sécurité : Mme FAUROUX  
Adjoint des Cadres Logistique : Mme FAURE  
Infirmière hygiéniste : Mme TARI  
Chargé de communication : Mme MARTY  
Praticien Hospitalier : Mme BONNET  
Cadre de santé : Mme MARA  
Représentants du CHSCT : Mme MORERE et M. SERRES  
Chef de projet qualité : Mme SENSAU puis Mme TEXIER (à partir de juin 2017)



# SOMMAIRE

## Rapport, texte intégral

Direction Générale	p 1
Direction de l'activité hospitalière des finances et du système d'information	p 6
Direction des ressources humaines	p 11
Direction des soins	p 13
Direction du patrimoine et de la logistique	p 15
Pôle Rive Gauche	p 16
Pôle Rive Droite Nord-Est	p 19
Pôle Rive Droite Sud-Est	p 23
Pôle Psychiatrie Infanto-Juvenile	p 26
Pôle Psychiatrie et Conduites Addictives en Milieu Pénitentiaire	p 29
Pôle Médical et Technique	p 32

**INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)**

	2016	2017
<i>La gouvernance</i>		
Nombre de conseils de surveillance	3	3
Nombre de directoires	15 directoires (dont 4 directoires supplémentaires)	11
Nombre de revues de contrat de pôle	12	12
Nombre de comités de direction	31 comités de direction : - 23 codir restreint, - 8 codir élargi.	33 comités de direction : - 25 codir restreint, - 8 codir élargi.
Nombre d'assemblée des cadres	1	2
<i>Les relations avec les usagers</i>		
Commission des usagers	4 réunions	4 réunions
Communication des dossiers médicaux	93 demandes de communication 9 saisies de dossiers sur commission rogatoire délai moyen de transmission des dossiers : 12 jours	95 demandes de communication 19 saisies de dossiers sur commission rogatoire délai moyen de transmission des dossiers : 10 jours
Plaintes et réclamations	65 plaintes ou réclamations écrites en 2016 + entretiens téléphoniques et rendez-vous avec familles et patients.	68 plaintes et réclamations écrites + entretiens téléphoniques et rendez-vous avec familles et patients.

**BILAN 2017**

OBJECTIFS 2017	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
<i>Les relations avec les usagers</i>	2016	2017
	92 demandes de communication de dossiers : - Demandes - 5 ans : 64 - Demandes + 5 ans : 15 - Demandes sans CI : 4 - Sans suite / autres : 9	95 demandes de communication + 19 saisies : - demandes - de 5 ans : 65 - demandes + 5 ans : 9 - demandes sans suite : 21
	Délai moyen de transmission des dossiers : - 12 jours pour les moins de 5 ans (dû à 7 dossiers transmission hors délai).	Délai moyen de transmission des dossiers : -10 jours pour les dossiers de - de 5 ans (34 dans les délais, 20 entre 8 et 15 jours, 7 entre 15 et 30 jours, 4 à plus de 30 jours).
<b>Communication des dossiers médicaux</b>	- 25 jours pour les dossiers de plus de 5 ans (très bon délai)	- 23 jours pour les dossiers de + de 5 ans - sur les 9 demandes de dossiers de plus de 5 ans 8 ont été transmis dans les délais prévus par la loi (un dossier toujours en cours)
		- 21 demandes ont été classées sans suite (dossier non retiré par le patient, manque de justificatifs, annulation de la demande, non-retour des services)
	9 saisies de dossiers médicaux sur commission rogatoire (tous pôles confondus).	19 saisies de dossiers sur commission rogatoire(en forte augmentation)

**COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE**

L'établissement a participé régulièrement aux instances stratégiques du groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn ouest qui se tiennent tous les deux mois à l'Hôtel-Dieu. Le projet médical et de soins partagé du GHT a été adopté en Juin et approuvé par l'agence régionale de santé en décembre 2017.

La création de la communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice, dont le centre hospitalier Marchant est l'établissement support, a fait l'objet d'une validation par l'ARS en février 2017. Quatre établissements relevant du service public hospitalier autorisés en psychiatrie - la Guidance infantile (ARSEAA), le centre de posture Route Nouvelle, l'hôpital de jour de la MGEN, le Centre-Après - ont rejoint en octobre les trois membres fondateurs de la CPT - le CHU de Toulouse et le centre hospitalier de Lavaur, outre le CHGM. La CPT a lancé dès le mois de novembre la déclinaison des axes prioritaires de son projet médical, en associant l'ensemble des acteurs de la psychiatrie/santé mentale du territoire. Le projet médical de la CPT préconise la création d'un 9<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie adulte en Haute-Garonne.

Le directeur s'est prononcé en faveur de l'intégration de l'établissement au groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) « Un chez soi d'abord - Toulouse », dont la convention constitutive a été approuvée par le préfet en décembre. Il a également décidé du retrait de l'hôpital du groupement de coopération sanitaire, médical et technique de l'agglomération toulousaine (GCS MTAT-activité de biologie) qui sera effectif au plus tard en décembre 2018.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2017, qui lie l'ARS et l'établissement, après bilan, a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2018.

L'établissement a reçu en juillet deux inspecteurs de l'IGAS, dans le cadre d'une mission de portée nationale consacrée à « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. » Cette mission a fait l'objet d'un rapport publié en novembre.

La décision de lancer un projet de schéma directeur immobilier et de valorisation foncière a été prise par le directeur en octobre, après abandon du projet d'implantation des facultés sur le site de la route d'Espagne.

Les différentes composantes du règlement intérieur de l'hôpital ont été réactualisées (à l'exception du règlement intérieur du patient hospitalisé, en cours.)

Le nombre de plaintes et réclamations des usagers est resté stable. Les demandes de communication de dossiers médicaux sont également stables par rapport à l'année précédente, alors que les saisies de dossiers sur commission rogatoire ont doublé.

<p><b>Plaintes et réclamations</b></p>	<p>65 plaintes ou réclamations écrites en 2016 (63 plaignants/réclamants) + entretiens téléphoniques et rendez-vous avec familles et patients.</p>	<p>68 plaintes ou réclamations ont été enregistrées en 2017 ; elles concernaient essentiellement les thèmes suivants : - accueil et administration 3 - prise en charge globale 46 - déroulement du séjour 16 - sortie de l'établissement 3  Les appels téléphoniques des usagers et les rencontres avec les familles ou patients sont gérés par la Direction générale (PCRUI) qui en rend compte à la CDU si nécessaire.</p>
<p><b>Relations avec les usagers</b></p>	<p>Le groupe de travail s'est réuni 4 fois en 2016 et a produit un plan d'actions validé par le COPIL qualifié le 16/12/2016  Réflexion en cours sur la refonte et réduction du nombre des formulaires compatible avec les obligations médicales.</p> <p>La présidence est assurée par un représentant des usagers</p>	<p>La commission des relations avec les usagers s'est réunie 4 fois en 2017 : 5 Janvier, 20 avril, 15 juin, 12 octobre  La nouvelle commission a été installée le 5 Janvier 2017, elle a élu son président et son vice-président (le Président est un représentant des familles d'usagers) Les membres de la CDU (notamment les représentants des usagers) ont activement participé à la préparation de la certification ainsi qu'aux réunions des instances auprès desquelles ils siègent. La CDU a procédé à l'analyse des plaintes et réclamations reçues à la Direction ; a été informée de la communication des dossiers médicaux et a priorisé, dans son rapport annuel, les actions d'amélioration à soumettre à la CME pour inscription au programme d'amélioration de la qualité. La CDU a également été informée des résultats de l'analyse des questionnaires de satisfaction. La CDU est représentée auprès du Comité des usagers du GHT et participe à ses réunions.</p>

**POLE DG/ Service qualité**

**INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)**

Réunions de fonctionnement	2016	2017
réunions COPIL Qualité	4	6
réunions de la cellule d'analyse des risques (CAR)	11	10
réunions de la cellule d'analyse des risques de maltraitance	0	0
réunions de la commission EPP	4	4
événements indésirables déclarés (CAR)	515	552
revues de processus	/	24
<b>Enquêtes de satisfaction (nombre de retours)</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
enquête de séjour psychiatrie générale	450	375
enquête prise en charge (PEC) en Centre Médico-Psychologique	236	224
enquête PEC en Hospitalisation Complète de pédopsychiatrie	69	27
enquête PEC en H Jour de pédopsychiatrie	57	58
enquête PEC en CMP de pédopsychiatrie	92	143
enquête PEC UMES (unité mobile évaluation et soutien)	43	51
enquête PEC en Unité de Soins Longue Durée (USLD)	16	23
enquête PEC UHSA	62	56
enquête PEC Psydom 31 (HAD)	84	100
enquête pharmacie ISO 9001	106	/
<b>Audits et évaluations</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
patient traceur	11	130
audits	6	6
évaluation des événements	7	4
<b>EPP/RMM/CREX</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) clôturées ou suivies par indicateurs	3	8
EPP en cours et/ou ayant débuté (dont DPC urgences)	7	2
Revue Mortalité Morbidité (RMM)	23	32
Comité de retour d'expérience (CREX)	31	31
<b>Communication Qualité</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Lettres qualité	5	10
Journée d'échange EPP	/	1
<b>Gestion documentaire</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nombre de documents intégrés dans quidoc	44	139

**BILAN 2017**

OBJECTIFS 2017	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
Poursuivre la préparation de la visite de certification V2014	Validation des plans d'actions de tous les groupes de travail (processus et parcours patient) en COPIL qualité, au regard de la hiérarchisation des risques. Conception et diffusion d'outils et documents de préparation à la visite de certification Audits blancs réalisés dans certains services	

Mettre en œuvre les plans d'actions issues des analyses de processus/parcours patient	Suivi des actions menées par les pilotes, grâce aux 24 revues de processus organisées par le service qualité au dernier trimestre 2017	Réorganisation de la revue de processus avec les pilotes stratégiques du parcours patient prévue en 2018
Communiquer sur la visite de certification	Communications régulières écrites (différents supports) et orales (en instance et au sein des services) par le service qualité Organisation d'une séance de retour d'expérience du CH de Lavaur	Intégration des plans d'actions à partir de début 2018 aux indicateurs qualité des revues de contrat de pôle
Déployer l'audit « Patient traceur »	130 audits patient-traceur réalisés en 2017 dans tous les pôles. Organisation d'audits croisés avec le CH Ste Marie de Rodez	78% de l'objectif atteint
Formaliser la politique qualité 2017	Rédaction de la politique qualité par l'ingénieur qualité et validation en septembre 2017 par le COPIL qualité.	
Remettre à jour les plans de crise et réaliser un exercice de mise en œuvre du plan blanc	Les plans canicule et grand froid ont été remis à jour. Le plan blanc a été mis à jour. Mais aucun exercice n'a été réalisé cette année : celui qui avait été prévu en fin d'année (scénario = arrêt Cortexte) n'a pas été mené puisque un incident équivalent s'est produit une semaine avant (exercice travaillé conjointement avec la DPL dans le cadre du lien plan blanc/PSE)	Exercice à organiser en 2018
Poursuivre l'analyse des causes de fugues des patients SDRE et améliorer le dispositif	Suite à l'arrivée du nouveau cadre de santé gestionnaire des risques en juillet 2017, le circuit d'analyse des fugues a été modifié au dernier trimestre 2017 afin de favoriser la participation médicale et de simplifier les liens DAHFSI/Qualité	
Communiquer sur les indicateurs de pratiques cliniques sur activités de soins sensibles	Afin de faire connaître les indicateurs de pratique clinique suivis par la commission EPP, un poster a été élaboré par le service qualité, validé en COPIL qualité et affiché dans les services de soins	Le travail reste à approfondir sur la question des indicateurs associés aux parcours patient
Maintenir et renforcer le rythme des RMM	Le nombre de RMM a encore continué à progresser cette année. Cette méthode d'analyse est	Le SQ va donner une formation interne aux pôles sur les RMM (juin

Communiquer sur les EPP	désormais connue et de mieux en mieux maîtrisée. Les services en sont eux-mêmes à l'initiative sans que le service qualité ne le demande.	2018 - inscriptions en cours)
Participation à l'appel ARS sur l'incitation financière à la qualité en novembre 2016	La communication se fait en CME, en CSIRMT, sur intranet et dans les lettres qualité. Une ½ journée d'échange a été organisée en novembre 2017.	Une seconde session est prévue en mai/juin 2018
Le circuit de traitement des risques liés à la maltraitance	Appel à projet non remporté par l'établissement cette année	
Révision du circuit de traitement des événements violents	Seulement 3 événements maltraitants déclarés en 2017	La CAR maltraitance ne s'est pas réunie en 2017
Participation à l'exercice de simulation « chambre des erreurs »	Le SQ, en collaboration étroite avec le secrétaire du GHSC et le médecin du travail, a réorganisé le circuit de traitement des EV. Une communication a été faite dans la lettre qualité en juin et en novembre ainsi qu'au CHSCT. Le nouveau circuit est opérationnel depuis 01/07/17. La 1 <sup>ère</sup> réunion de la CAR EV s'est tenue en décembre 2017, permettant entre autres de définir de nouveaux indicateurs de suivis et des actions spécifiques à mener.	A reproduire en 2018 Il devra être complété par une formation sur le risque médicamenteux
Déployer le logiciel de gestion documentaire	Le nombre de participants a été plus important cette année. L'exercice est apprécié des participants. Lancement en janvier 2017. Nomination des référents GED dans les directions. Formation des référents et lancement de leur groupe de travail. Déploiement progressif en fonction du rythme de chacun. Depuis fin 2017, suivi personnalisé des chefs de projets avec chaque référent GED.	
Préparer la pharmacie à la démarche de certification ISO 9001/2008	Audit initial en juin 2017 - certificat ISO obtenu en octobre 2017. Préparation à l'audit de suivi prévu en mai 2018 et au passage à la	

Poursuivre le suivi et l'amélioration du délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation	nouvelle version de la norme.	A reprendre en 2018 avec le nouveau médecin DIM.
Participer au déploiement de la réforme DPC (développement professionnel continu)	Depuis 1/01/2017, les CRH doivent être remis le jour de la sortie et non plus à J8. Indicateur calculé par le DIM et présenté par le SQ en revue de contrat de pôle. Membre de la commission mixte DPC et membre des commissions de formation (médicale et non médicale) Travail régulier avec la chargée de formation : préparation des supports de communication, communications aux personnels. Rédaction des programmes qualité labellisés DPC qui ont été validés par l'OGDPC : - Chambre des erreurs - Patient traceur - RMM/CREX	Ce travail sera partagé avec le groupe qualité du GHT
Participations aux instances (hors instances qualité)	Ingénieur qualité : CME, ILIN, CLUD, Codimeqs, COSSI, CSDSI, CSIRMT, CDU, copil DD Cadre de sante coord. risques : CLAN	
Préparation et animation des instances et comités qualité risques	COPIl Qualité, Commission EPP, CAR	

#### COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE

L'année 2017 a été marquée par le départ du service qualité du chef de projet en mai et l'arrivée d'un cadre de santé, gestionnaire des risques associés aux soins le 24 juillet. Cette nouvelle recrue permet au service qualité de retrouver l'expertise soignante qu'il avait perdue depuis le départ en mars 2016 de l'ancien cadre de santé.

Les activités du service qualité en 2017 ont été fortement impactées par la visite de certification HAS prévue en février 2018.  
La montée en charge a donc été très importante pour les 3 personnes du service.

DIRECTION GENERALE / COMMUNICATION

INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)

La communication	2016	2017
Relations presse	8 opérations	7 opérations
Site intranet (articles)	31	38
Site intranet : Nombre de visites / an	62960	67816
Site internet (Nb de News)	9	7
Site internet (Nb de visites/ jour en moyenne)	262	263
Editions / plaquettes structures-	5 (5)	12
Nb de parutions du Tout en Marchant	3	-
Nb de parutions Newsletter	6	7

BILAN 2017

OBJECTIFS 2017	MISE EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
<p><b>Informier et fédérer autour des projets et des orientations institutionnelles</b></p>	<p><b>Charte graphique:</b> Finalisation et diffusion charte graphique <b>Publications internes :</b> Reprise de la périodicité des différents supports de communication : Tout en Marchant (trimestrielle): Newsletter (mensuelle): 7 numéros en 2017 4 généralistes + 2 DD. <b>Intranet:</b> Lancement du nouveau site intranet <b>Supports dédiés :</b> bilan d'étape du projet d'établissement, synthèse du rapport annuel, ... <b>Thématiques spécifiques :</b> Valeurs, Communauté psychiatrique de territoire, Groupement hospitalier de territoire (participation au groupe projet communication), Projet médical partagé, Fraich' attitude, ... <b>Evénements :</b> Assemblée générale des cadres ; Cérémonie des vœux, ...</p>	<p>Reporté</p> <p>Pas de parution en 2017</p>
<p><b>Améliorer l'accessibilité et la lisibilité de l'offre de soins</b></p>	<p><b>Site internet :</b> Refonte du site et de son contenu - Animation groupe projet, méthodes Agile</p>	

POLE : DIRECTION GENERALE - Centre de documentation .....

INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)

- Le centre de documentation en chiffres :
- 2 871 ouvrages (4 nouvelles acquisitions)
  - 28 abonnements papiers et deux abonnements électroniques : portail CAIRN, INFO (81 revues accessibles, 3 983 articles téléchargés) et revue American Journal of Psychiatry (300 articles téléchargés)
  - Alimentation de la base de données
    - 2 956 nouvelles notices soit 78 322 notices au total
  - 459 visites
  - 500 lecteurs inscrits pour le prêt dont 40 nouveaux lecteurs
  - 812 actes documentaires
    - 219 recherches (122 courtes, 55 moyennes, 42 longues),
    - 58 aides à la recherche,
    - 214 photocopies
    - 110 fournitures de documents
    - 211 prêts réalisés
  - 4 newsletters (Contention, Développement durable, Sécurité SH, Handicap)

BILAN 2017

OBJECTIFS 2017	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
<p>- Evaluer les besoins et la satisfaction des cadres de santé vis-à-vis du centre de documentation</p>	<p>- Enquête auprès des cadres de santé</p>	<p>Les services proposés répondent aux besoins en information et documentation des cadres de santé. Cependant, une diffusion plus pertinente de l'information devrait être envisagée</p>
<p>- Améliorer la visibilité du centre de documentation</p> <p>- révision du règlement intérieur</p>	<p>- supports de communication</p> <p>- présentation du portail</p>	

COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE

Le centre de documentation cherche toujours à augmenter sa visibilité au sein de l'établissement : diffusion de supports de communication, présentation du portail documentaire, participation au « Fil info ». Au plus près des besoins des personnels de l'établissement trois bibliographies importantes ont été réalisées (Réhabilitation psychosociale, Soins somatiques en psychiatrie, Radicalisation) et un bureau partagé a été mis en place au centre de documentation. Dès la création du Centre de ressources régional en santé mentale pour la prévention des risques de radicalisation, le centre de documentation a proposé un partenariat à son équipe.



	<p><b>Accessibilité</b> : présence du CH sur Facebook</p> <p><b>Orientation - lisibilité</b> Gestion Pages jaunes, Google adresse,... Site internet « Où consulter ? »</p> <p>Guide des ressources en santé mentale Haute-Garonne -&gt; travail d'actualisation 2017</p> <p>Cartographies des secteurs</p> <p><b>Politique d'accueil</b> Lancement du groupe projet livret d'accueil, refonte des plaquettes d'accueil dans les structures.</p> <p><b>Evènements</b> : SISM</p>
<p><b>Augmenter la culture générale sur la santé mentale.</b></p> <p><b>Favoriser la culture à l'hôpital</b></p>	<p>Secrétariat du comité culture - 5 réunions en 2017</p> <p>Renouvellement du comité culture</p> <p>Suivi des événements fête de la musique, Journées du patrimoine, vernissages...</p> <p>Travail en réseau - participation au <u>Conseil local de santé mentale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe projet communication</li> <li>• Groupe projet accessibilité</li> </ul>

**COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE**

L'année a été marquée par le lancement du nouveau site intranet, aboutissement d'un travail de rationalisation de son contenu et d'amélioration de son ergonomie.

Le passage à temps partiel de la chargée de communication de janvier à septembre a impacté le fonctionnement du service. Ces impacts ont toutefois été atténués par le relais assuré par l'assistante communication/qualité.

Les supports et documents d'accueil du patient ont été intégralement repensés (livret d'accueil, plaquettes des services, site internet), en respect notamment des attendus de la certification. Ils seront, pour partie, finalisés en 2018.

**RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE - ANNEE 2017**

**POLE D.A.H.F.S.I - DIRECTION ACTIVITE HOSPITALIERE  
FINANCES ET SERVICE INFORMATIQUE**

**INDICATEURS D'ACTIVITE - FINANCES**

- 1- Résultats de l'exercice 2017 :  
Compte de Résultat Prévisionnel Principal : - 1 702 842.36 € (déficit).  
Compte de Résultat Prévisionnel Annexe B (USLD) : 18 355.48 € (excédent).  
Compte de Résultat Prévisionnel Annexe P (« un chez soi ») : - 16 309.51 € (déficit).
- 2- Capacité d'autofinancement : 1 912 857.41€.
- 3- Investissements : 6 709 211 € (dont 5.4 millions d'euros projet reconstruction USLD).

**INDICATEURS D'ACTIVITE - ADMISSIONS**

- 1- Journées d'hospitalisation

ANNEE 2017	ACTIVITE CUMULEE A FIN DECEMBRE 2017											
	COMPARAISON AVEC ACTIVITE CUMULEE A FIN DECEMBRE 2016											
	NOMBRE DE LITS	Entrées N-1	Entrées Réalisées	Ecart	%	Journées N-1	Journées Réalisées 2017	Ecart	%	Moyenne Quotid.		
<b>ADULTES</b>												
HC	315	2 332	2 100	-232	-9.85%	109 293	107 242	-2051	-1.86%	294		
HAD	15	275	259	-16	-5.82%	5 381	5 342	-39	-0.72%	15		
HU	119	1 253	967	-286	-22.83%	32 727	31 821	-906	-2.77%	120		
NI	3	25	25	0	0.00%	3 709	3 837	128	3.45%	11		
PES	13	71	82	11	15.49%	5 928	5 933	5	0.08%	16		
AT	18	71	82	11	15.49%	5 928	5 933	5	0.08%	16		
<b>sous total</b>	<b>485</b>	<b>3 991</b>	<b>3 433</b>	<b>-558</b>	<b>-13.96%</b>	<b>157 817</b>	<b>154 175</b>	<b>-3642</b>	<b>-2.33%</b>	<b>441</b>		
<b>ENFANTS</b>												
HC	20	1 170	1 136	-34	-2.91%	4 319	3 975	-344	-7.96%	11		
HU	66	658	725	67	10.18%	12 642	11 270	-1372	-10.85%	45		
NI	0	-	-	0	-	-	-	-	-	0		
PES	0	-	-	0	-	-	-	-	-	0		
<b>sous total</b>	<b>86</b>	<b>1 828</b>	<b>1 861</b>	<b>33</b>	<b>1.81%</b>	<b>18 961</b>	<b>15 246</b>	<b>-3715</b>	<b>-19.12%</b>	<b>56</b>		
<b>Total Psychiatrie</b>	<b>571</b>	<b>5 819</b>	<b>5 294</b>	<b>-525</b>	<b>-9.02%</b>	<b>174 778</b>	<b>169 420</b>	<b>-5358</b>	<b>-3.07%</b>	<b>498</b>		
CLIS	47	11	8	-3	-27.27%	17 084	16 986	-98	-0.57%	46		
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>618</b>	<b>5 830</b>	<b>5 302</b>	<b>-528</b>	<b>-9.05%</b>	<b>191 862</b>	<b>186 406</b>	<b>-5456</b>	<b>-2.84%</b>	<b>543</b>		

- 2- Entrées directes par mode d'hospitalisation

ANNEES	SDRE		SDT		SDRE-SDT		HL		Total Général	
	Nbre	%/cat.gén	Nbre	%/cat.gén	Nbre	%/cat.gén	Nbre	%/cat.gén	Nbre	%/cat.gén
2015	302	12.60%	389	16%	691	1705	71%	71%	2 386	
2016	270	11.58%	411	18%	681	1 651	71%	71%	2 332	
2017	259	12.33%	349	17%	608	1 492	71%	71%	2 100	

## INDICATEURS D'ACTIVITE - SERVICE DE LA PROTECTION DES MAJEURS

### Nombre de dossiers suivis sur l'année 2017 :

Nombre de mesures au 01/01/2017 : 87  
32 mesures de curatelle renforcée  
55 mesures de tutelle.

Nombre de mesures au 31/12/2017 : 85  
32 mesures de curatelle renforcée  
53 mesures de tutelle.

### Evolution en cours d'année :

5 mesures en moins (3 dessaisissements - 2 décès) : 2 décès en tutelle, 1 dessaisissement tutelle, 2 dessaisissements curatelle renforcée.

3 nouvelles mesures : 2 curatelles renforcées, 1 tutelle.

## INDICATEURS D'ACTIVITE - SERVICE INFORMATIQUE

### Applications :

Applications Métriers	Diffusion Majeure	Patchs Correctifs	Appels Support (Mipih)
CONVERGENCE/PASTEL	2	5	60
MAGH2	2	1	69
AGRH	1	25	75
AGLETIME		1	
GESFORM	1	2	
MEDIANE-TUTELLES	2		
OL			6
CINDOC			
CORTEXTE 4D			
CORTEXTE Web		4	751
Outils RIMP		4	
PROCOPE	1	1	
SALAMANDRE			
COSWIN			
OUALNET (Fiches Evénements Indésirables)	1	3	6
INTRANET			

### Support Mipih :

Nombre de dossiers ouverts	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	286	263	295	252	245	576	984

### Système :

Système d'exploitation et Office	Mise à jour, Mise à jour relative à la sécurité
Windows Seven et Windows 10	124
Windows Server 2008 R2 Server et 2012 R2 Server (36)	92
Office 2010	59

### Hot Line :

Nombre d'appels	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	1050	1060	1406	1390	1020	1527	1250

### Déploiement Equipements Informatiques :

Postes de travail (LIC Portables, clients légers)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	621	659	682	701	695	718	724

Imprimantes Locales	281	288	289	288	230	210	207
Imprimantes Réseaux	95	93	93	92	10	10	8
Copieurs Multifonctions				52	112	112	112
Vidéoprojecteurs	19	25	31	36	35	38	43

Dans le cadre de la politique de renouvellement, il a été remplacé en 2017 environ 50 postes de travail. Il a été déployé 22 postes supplémentaires essentiellement dans les pôles médicaux PRG (5), PMT (3) et PIJ (8).

## BILAN DAHFSI 2017

OBJECTIFS 2017	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
<p><b>Secrétariat des Admissions et Bureau des Entrées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimentation de la facturation des consultations des psychiatres en CMP</li> <li>- Démarrage du projet PESV2</li> <li>- Améliorer le suivi des demandes d'interpréariat</li> <li>- Améliorer la mise à jour du dossier administratif patient.</li> <li>- participation à la gestion du nouveau circuit de facturation des CS SMPR</li> </ul> <p><b>Finances - Contrôle de gestion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiabilisation des comptes</li> </ul>	<p>Poursuite expérimentation sur CMP Tournefeuille (PIJ). Arrêt sur CMP Marengo et Arènes.</p> <p>Bascule en flux PESV2 en avril.</p> <p>Modification de l'organisation interne et des supports partagés (services/DAHFSI/prestataire). Diffusion procédure.</p> <p>Mise à disposition d'un lecteur de carte vitale par gestionnaire.</p> <p>Rattrapage des n° SS manquant</p> <p>Mise en œuvre du suivi des bonnes pratiques de gestion des comptes de provision.</p> <p>Mobilisation progressive des emprunts souscrits en 2016.</p> <p>Circuit DAHFSI/DPL/DRH mis en place.</p> <p>Validation des nouveaux formats de requête avec la DRH et mise en routine (revue de contrat de pôle, suivi mensuel des ETP par pôle).</p> <p>Coordination opérationnelle maintenue tout au long de l'exercice.</p> <p>Pilotage processus gestion ressources financières.</p>	<p>Etape suivante (dématerialisation bordereaux/mandats/titres/pièces justificatives/signature électronique ordonnateur) prévue pour le 2me trimestre 2018</p> <p>Arrivée nouveau Trésorier en janvier 2017</p>
<p><b>Secrétariat des Admissions et Bureau des Entrées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérimentation de la facturation des consultations des psychiatres en CMP</li> <li>- Démarrage du projet PESV2</li> <li>- Améliorer le suivi des demandes d'interpréariat</li> <li>- Améliorer la mise à jour du dossier administratif patient.</li> <li>- participation à la gestion du nouveau circuit de facturation des CS SMPR</li> </ul> <p><b>Finances - Contrôle de gestion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiabilisation des comptes</li> <li>- Assurer le financement du projet de reconstruction de l'USLD</li> <li>- Coordination du suivi des rejets PESV2</li> <li>- Démarche de contrôle de la fiabilisation des données des tableaux de bord RH</li> <li>- Maintenir les circuits de coordination opérationnelle avec la Trésorerie en période de transition (départ Trésorier 2016)</li> </ul>	<p>Poursuite expérimentation sur CMP Marengo et Arènes.</p> <p>Bascule en flux PESV2 en avril.</p> <p>Modification de l'organisation interne et des supports partagés (services/DAHFSI/prestataire). Diffusion procédure.</p> <p>Mise à disposition d'un lecteur de carte vitale par gestionnaire.</p> <p>Rattrapage des n° SS manquant</p> <p>Mise en œuvre du suivi des bonnes pratiques de gestion des comptes de provision.</p> <p>Mobilisation progressive des emprunts souscrits en 2016.</p> <p>Circuit DAHFSI/DPL/DRH mis en place.</p> <p>Validation des nouveaux formats de requête avec la DRH et mise en routine (revue de contrat de pôle, suivi mensuel des ETP par pôle).</p> <p>Coordination opérationnelle maintenue tout au long de l'exercice.</p> <p>Pilotage processus gestion ressources financières.</p>	<p>Etape suivante (dématerialisation bordereaux/mandats/titres/pièces justificatives/signature électronique ordonnateur) prévue pour le 2me trimestre 2018</p> <p>Arrivée nouveau Trésorier en janvier 2017</p>

<p>- Préparation certification 2018</p> <p><b>Service la protection des majeurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir le fonctionnement de service stabilisé pendant la période de formation du Zeme mandataire judiciaire à la protection des majeurs</li> <li>- Sécurisation circuit ordres de dépenses</li> <li>- Maintenir les circuits de coordination opérationnelle avec la Trésorerie en période de transition (départ Trésorier 2016)</li> </ul>	<p>Réorganisation en cours suite au retour de formation.</p> <p>Formalisation procédures des différents types d'ordre de dépenses.</p>	<p>Incidence de la montée en charge des activités localisées dans les mêmes locaux sur le fonctionnement du SPM</p> <p>Arrivée nouveau Trésorier en janvier 2017</p>
<p><b>Service informatique</b></p> <p>Direction du Système d'Information :</p> <p>Gouvernance du Système d'Information - CSO SDSI</p> <p>Gouvernance du Système d'Information - COSSI</p>	<p>Son rôle est de suivre le portefeuille de projets, de communiquer sur l'avancement du SDI, d'examiner les demandes nouvelles, arbitre sur les ressources à affecter aux projets.</p> <p>Son rôle est de rédiger et approuver la PSSI, la charte de bon usage. D'établir et d'évaluer le plan d'actions pluriannuel sur le domaine de la sécurité du SIH. Formation et sensibilisation des utilisateurs à la sécurité du SIH.</p> <p>Proposition d'actions d'amélioration processus SIH</p> <p>Mise en oeuvre du plan d'actions suite à la cartographie des risques</p>	<p>2 réunions du CSO SDSI le 24/01/2017 et le 26/09/2017</p> <p>3 réunions du COSSI le 5/01/2017, le 16/6/2017 et le 14/12/2017</p> <p>10 actions prioritaires identifiées</p> <p>4 actions réalisées ou en cours de réalisation.</p> <p>11 réunions de travail Soutien financier ARS 200 k€</p>
<p>Certification HAS V2014 - Processus gestion du Système d'Information</p> <p>Groupe de travail GHT - SIH</p>	<p>Etat des lieux</p> <p>Réponse appel à projets ARS « pré-convergence des SI GHT »</p> <p>Réponse appel à projets ARS « Thématique télémédecine et Aide à l'élaboration du Schéma Directeur du GHT</p> <p>Schema de convergence applicative</p> <p>Etude serveur identité commun</p> <p>Reflexion RSSI commun GHT, organisation Equipe sécurité</p>	<p>DPO CHU, RSSI CHU, RSSI</p>

<p>SIH Médical - Migration Contexte Full web et reprise en infogérance au MIPH.</p> <p>SIH Médical - Reprise en infogérance Serveur de résultat SRI et du VIDAL Hoptimal au MIPH.</p> <p>SIH Médical - Création et Alimentation du DMP à partir de Contexte Web</p> <p>SIH Médical - Hoptimal Numérique</p> <p>SIH Médical - Projet prise en charge des actes de Biologie par le CHU de Toulouse</p> <p>SIH Médical - Projet Télémédecine « Santé aux détenus »</p> <p>SIH Médical - Projet Consultations Adolescents.</p> <p>SIH Médical - Projet Consultations Dédiées</p> <p>SIH - Intranet de communication</p>	<p>commune</p> <p>Déploiement et formation des utilisateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infogérance MIPH</li> <li>Migration base de données Contexte</li> <li>Interface identité Contexte/pastel</li> <li>Accès nomades (urgences CHU et Astreinte Infirmiers St Sernin)</li> </ul> <p>Evolution et Consolidation de l'architecture cible.</p> <p>Migration infogérance Serveur de résultat</p> <p>Migration infogérance Vidal Hoptimal</p> <p>Installation de l'infrastructure au MIPH (Services EAI, Connecteurs Contexte)</p> <p>Génération des certificats de serveurs applicatifs CSA</p> <p>Etude sur l'organisation</p> <p>Cible en cours</p> <p>Evaluation des cibles d'usage</p> <p>Domaine D2</p> <p>Dossier HN validé</p> <p>Mise en oeuvre des flux avec le CHUT et paramétrages/recettes techniques</p> <p>Recette fonctionnelle des interfaces et mise en production</p> <p>Analyse des besoins avec les Praticiens Hospitaliers du PCAMP.</p> <p>Visite de qualification technique des 4 sites.</p> <p>Déménagement Coordination dans Bat. 68C. Intégration réseau local et déploiement équipements informatiques.</p> <p>Déménagement de services en cascade pour accueillir nouvelle activité avec besoins spécifiques</p> <p>Interfaçage Intranet / GED</p> <p>Qualdoc</p> <p>Récupération des documents Qualdoc</p>	<p>GHT, RSSI CHGM (20%)</p> <p>Formation terminée en juin.</p> <p>En Mars 2017</p> <p>En Novembre 2017</p> <p>En Juin 2017</p> <p>Ajout de serveurs Citrix. Evolution réseau Adhermip</p> <p>Optimisation base de données Oracle et infrastructure Citrix</p> <p>En mai</p> <p>En Juillet</p> <p>Mise en production en aout 9 DMP créés et alimentation de 3 DMP à fin 2017</p> <p>1er juin au 1er septembre Prérequis et atteinte des cibles d'usage validé le 20 septembre</p> <p>Solde subvention versé de 371 KE</p> <p>Novembre/décembre</p> <p>Janvier 2018</p> <p>En collaboration avec le GCS Télé Santé (priorité et financement en partie de l'ARS)</p> <p>En novembre et décembre avec la société SPIE.</p> <p>Mai 2017</p> <p>Novembre 2017</p> <p>Réorganisation du contenu Intranet pour s'adapter à la GED.</p> <p>Synchronisation des</p>
---	---	---

SIH Administratif - Projet Protocole Echance Standardisé V2 (Ordonnateur/comptable)	Bascule en production des flux PES B2 Dématisation des bordereaux mandats/titres et des pièces justificatives	documents Qualdoc / Intranet En avril Mise en œuvre prévue au 2nd trimestre 2018
SIH Administratif - projet CHORUS pro	Réception/transmission dématisée des factures Constitution du groupe projet Classement et harmonisation des documents dans les services Formation des référents GED Montée en charge / Insertion de documents	Mise en service en Janvier 2017 avec montée en charge progressive Réunion de lancement en mars Migration majeure de version 9 de Qualdoc en septembre. Le 15 septembre 200 documents à fin 2017.
SIH Administratif - Projet Gestion Electronique de Documents (GED)- QUALDOC	Migration obligatoire vers Linux Infogérance applicative : reprise base de données et application Nouvelle interface entre AGIRH et MPP permettant de corriger certaines anomalies. MAJ des tableaux de correspondances	Etude et tests de février à avril 2017 En production en mai 2017
SIH Administratif - Reprise en infogérance Serveur CI au MIPIH	Création d'un serveur RDS pour héberger l'Application DESIGO sur l'infrastructure sécurisée Vmware.	Décembre 2017 Février à Mars 2017
SIH Administratif - Projet DESIGO : Reprise de l'application de GTB sur notre environnement technique sécurisé	Augmentation des débits des liaisons informatiques pour 19 structures extérieures	Entre juin et septembre.
SIH Infrastructure - Evolution Réseau Adhermip	Migration de 8 sites en ToIP	CMP des Arènes, CPC St Sermin, Auzeville, HJ Muret, CMP Cugnaux, Tournefeuille, SMPPR Muret, Criavs
SIH Infrastructure - Projet Evolution du système de téléphonie vers solution de téléphonie sur IP dans les sites distants	Migration vers nouveau marché Opérateur Fixe : Sécurisation des accès T2 avec T2 de secours support Cuivre	Fixe : Titulaire SFR (CAIH) De Juillet à Octobre
SIH Infrastructure - Renouvellement marché opérateur de télécommunication (fixe, mobile et Accès internet)	Mobile : transfert DSI Migration Abonnement Acquisition outil de gestion flotte avec module sécurité.	Mobile : Titulaire SFR (CAIH) Outil AirWatch Juin 2017
SIH Infrastructure - Migration du portail extranet	Migration Service d'accès Internet Sécurisé (portail extranet VPN SSL)	Internet : Titulaire OBS (Resah) Juin 2017

SIH Infrastructure - Evolution Pare-feu	Mise en œuvre de l'infrastructure Pare-feu	En novembre 2017 Solution Juniper Junos Pulse IMAG 2600
SIH Infrastructure - Mise à niveau des 3 serveurs Unix	Compatibilité applications Miph Etude évolution et mise à jour version Unix Aix v6.1 TL8 SP3 vers TL9 SP8	Version 3 en aout 2017.  Mars à avril 2017
SIH Infrastructure - Migration architecture Citrix PS4.5 (publication applications Ms office, agiletime sur les sites distants)	Etude des différentes solutions de publication d'applications Création d'une infrastructure Microsoft RDS Evaluation sur site pilote CMP Villa Albert Généralisation dans l'ensemble des sites	Choix de Microsoft RDS Création de 7 serveurs Vms 2012 R2 Retour très positif des utilisateurs (temps de réponses).  Octobre 2017 à avril 2018.
SIH Infrastructure - Migration serveurs 2003 R2 vers 2012 R2	Création de Vms Windows server 2012 R2 pour migration des applications métiers et/ou systèmes Démantèlement des anciens Serveurs de l'infrastructure VmWare	Logiciel Mediane Tutelle Logiciel Procope Trend Micro pour compatibilité avec les PC Windows 10.  Février à Avril 2017
SIH Infrastructure - Evolution Espace de stockage bureautique	Extension de 1 To d'espace de stockage. Migration des données Bureautiques des poles Administratifs sur ce nouvel Espace	Tous les sites distants Août 2017
SIH Infrastructure - Mise à jour des patches de sécurité sur les postes de travail	Planification des mises à jour en Heures Non ouvrées	Mars à Décembre 2017 (Toujours en évolution en raison de la structure de Windows 10.
SIH Infrastructure - Déploiement du nouveau système d'exploitation Windows 10	Etudes, tests et validation Images Windows 10 - Etudes et stratégie de déploiement de Windows 10 sur parc existant avec Modifications de l'infra WDS Mise en œuvre de GPOs spécifiques	Wifi, DECT et interface appel Malade  329 observations ont été relevées, permettant de mieux cerner les axes d'amélioration de la sécurité.
SIH Infrastructure - Projet USLD « Chemin des silos »	Etude des besoins informatiques et téléphoniques Etude évolution infrastructure réseau	La procédure de déclaration des événements indésirables a été revue afin d'intégrer le dispositif obligatoire de l'instruction 281
SIH Sécurité - Questionnaire sur l'évaluation des pratiques utilisateurs / la sécurité du Système d'information	Enquête sur les comportements et les connaissances des utilisateurs en sécurité informatique	
SIH Sécurité - Procédure de déclaration des incidents graves de sécurité SI	Instruction 281 du 26 sept 2017 relative au dispositif de déclaration des incidents de sécurité	



## COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE

**Secrétariat - Admissions - Service de la protection des majeurs :** réflexions et ajustements d'organisation suite à l'arrivée du nouveau responsable des admissions. Mise en place d'un suivi qualitatif de la facturation, amélioration de la gestion de demandes d'interprétariat, du suivi des réquisitions, formalisation de la procédure de gestion des appels téléphoniques à l'étranger, adaptation du dispositif de gestion des 2ème avis demandés par le Préfet pour les levées ou programme de soins des patients SDRE. Sur ce dernier point, le temps consacré à cette gestion s'est nettement accru compte tenu de la forte inflation des demandes et la difficulté à trouver un psychiatre disponible. L'évaluation objective de la charge de travail des différents postes de travail des Admissions se poursuivra en 2018. Concernant la facturation, le nouveau circuit de facturation du reste à charge des soins auprès des personnes détenues n'est pas stabilisé, les règles de valorisation demeurent incertaines dans la durée. Montée en charge d'une occupation de locaux partagés (Ferrepsey, CRESAM) au sein du service de la protection des majeurs.

**Finances - Contrôle de gestion :** La mobilisation reste centrée sur les prévisions et le suivi de la situation budgétaire de l'établissement, marquée par un résultat déficitaire plus élevé qu'en 2016 mais d'une évolution ralentie par rapport aux exercices précédents. Le service financier s'est adapté au nouveau calendrier budgétaire, notamment en améliorant le retro planning de préparation de l'EPRD 2018, la stabilisation rapide du fonctionnement de ce service est à souligner (responsable à temps plein depuis début 2017). La dynamique de projets de l'établissement fait toujours l'objet d'une attention ciblée de la part de l'ARS. L'instruction de l'important projet RPS se poursuit et des scénarios alternatifs sont étudiés à la demande de l'ARS. Relai pris par le service financier (précédemment contrôle de gestion) pour la diffusion du suivi mensuel des enveloppes déléguées des pôles. Amélioration des échanges en amont des revues de pôle avec les cadres administratifs et le contrôle de gestion, mise en place d'un suivi mensuel des ETP de pôles associant DG/DAHFSI/DRH.

### **Direction du Système d'information :** l'année 2017 a été marquée par,

- La mise en production de la version Web du progiciel Cortexte sur l'ensemble de l'établissement (formation de l'ensemble des utilisateurs de septembre 2016 à juin 2017). A cette occasion, bascule en mode hébergement/infogérance au MIPIH de Toulouse d'une grande partie du système d'information médical. Evolution de l'architecture technique cible afin de disposer d'une infrastructure technique bien dimensionnée et stabilisée (serveurs citrix supplémentaires, évolution réseau pour 2/3 des structures extérieures...) en phase transitoire. D'autres actions sont en cours de qualification pour améliorer les performances.
- La reprise en infogérance des applications Vidal Hoptimal, Serveur de Résultats SRI et du serveur d'interface Cortexte/Pasteur.
- L'accès à distance à Cortexte Web depuis les urgences du CHU Toulouse et pour les infirmiers d'astreintes du Centre de soins pour étudiants.
- La possibilité de créer et d'alimenter le Dossier Médical Partagé (DMP) à partir de Cortexte web.
- Les travaux préparatifs à la prise en charge des actes de biologie par le CHU de Toulouse (mise en œuvre des flux techniques et recettes fonctionnelles).
- Le projet de développement de l'usage de la télé-médecine en milieu pénitentiaire.
- Des visites de qualification technique pour les 4 sites du PCAMP ont eu lieu en fin d'année pour évaluer les besoins en équipements.

Dans le cadre du programme Hôpital Numérique, l'ARS a validé en septembre le dossier de l'établissement sur l'ensemble des prérequis HN et l'atteinte des cibles d'usages du domaine D2 et versé le solde de la subvention en décembre (371 200 € sur un total de 460 000 €).

Concernant le Système d'information administratif, l'année 2017 a été marquée par deux projets :

- le projet de gestion électronique de documents (GED Qualdoc). Le déploiement de la GED se fait progressivement dans les différentes directions fonctionnelles, à la fin d'année plus de 200 procédures/documents de référence avaient été créés. Il est à noter la mise en place d'une interface avec l'intranet afin d'accéder facilement aux documents.
- La première étape du processus de dématérialisation de la chaîne comptable et financière, par la mise en place du protocole d'échange PESv2 pour la dématérialisation des titres de recette et des mandats de dépense, et la mise en œuvre de CHORUS PRO pour la réception et la transmission dématérialisée des factures. Ce processus de dématérialisation de ces échanges se poursuivra en 2018.

Concernant les projets d'infrastructures, l'année 2017 a surtout été marquée par :

- La poursuite du projet de téléphonie sur IP avec la migration de 8 nouveaux sites extérieurs.
- Le renouvellement des marchés « opérateurs de télécommunications » qui a permis de réduire les coûts télécoms et d'acquies un outil de gestion de flotte de mobile. Le transfert de gestion de la téléphonie mobile entre la DPL et la DAHFSI est intervenu en juin 2017.
- L'étude des différentes solutions de publication d'application et le choix de remplacer notre infrastructure Citrix obsolète par la solution RDS de Microsoft.
- La mise en œuvre de la nouvelle architecture RDS pour la publication des applications bureautiques et Agiletime et un déploiement progressif dans l'ensemble des sites distants. Il est à noter un retour très positif des utilisateurs au niveau des performances.
- L'augmentation et la réorganisation de l'espace de stockage pour la bureautique (extension T To).
- L'évolution de l'accès à distance VPN SSL.
- La prise en compte des besoins informatiques et téléphonie pour l'USLD (WIFI, DECT, Interface Appel Malade).

Concernant la sécurité du système d'information, l'année a été marquée par :

- l'évaluation des pratiques utilisateurs sur la sécurité du SIH. Les résultats et les préconisations ont été publiés sur l'intranet.
- La mise en place d'une procédure pour le signalement des incidents graves de sécurité.
- L'amélioration de la procédure dégradée Cortexte (affichage et dépôt mallette numérique sur le bureau de l'ordinateur).

Enfin dans le cadre du GHT Haute-Garonne et Tarn-ouest, le groupe de travail s'est réuni régulièrement avec une fréquence de 2 réunions mensuelles depuis septembre. Il a été proposé au comité stratégique de décembre :

- Un organigramme de la fonction support « Système d'information » du GHT
- Une réflexion sur un RSSI commun et partage avec composition d'une équipe sécurité SI GHT

- Un schéma de convergence des applications avec dans les premières actions la mise en place d'une gestion commune de l'identité Patients (Serveur identité GHT)  
Le transfert de responsabilité de gestion de la téléphonie fixe et mobile au service informatique a été particulièrement chronophage, tant sur le plan administratif que technique. Ce nouveau domaine de responsabilité constitue un point de vigilance en 2018 sur les ressources humaines mobilisées.

## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE - ANNEE 2017

### POLE RESSOURCES HUMAINES

#### INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)

##### Les effectifs

- Les effectifs moyens en 2017 et leur répartition :

▶ Personnel médical : 93.47 E.T.P → 137 agents

##### ↳ Répartition du personnel médical :

- Praticien Hospitalier : 55.88 ETP
- Assistants : 13.10 ETP
- Attachés : 0.83 ETP
- Praticiens contractuels : 7.83 ETP
- Internes : 15.84 ETP

⇒ Nombre d'agents entrés : 44 dont 32 internes.

▶ Personnel non médical (titulaires & contractuels tous statuts) : 1 270.19 ETP

##### ↳ Répartition du personnel non médical par statut :

- Titulaires et stagiaires : 1 022.67 ETP
- Contractuels :
  - o CDI : 38.65 ETP
  - o CDD : 181.05 ETP
- CUI - Emplois d'Avenir : 16.38 ETP
- Familles d'Accueil : 11.45 ETP

##### ↳ Répartition du personnel non médical par catégorie (hors statuts 3Y et 3F, famille d'accueil et contrat d'avenir) :

- Soignants : 847.04 ETP
- Techniques & Ouvriers : 131.70 ETP
- Administratifs : 109.99 ETP
- Socio-éducatif : 81.64 ETP
- Psychologues : 44.21 ETP
- Médico-technique & rééducation : 27.79 ETP

##### ↳ Répartition du personnel soignant :

- IDE : 555.76 ETP
- AS : 128.74 ETP
- ASH : 116.16 ETP
- 

⇒ Nombre d'agents recrutés sous contrat : 195

⇒ Nombre d'agents entrés par mutation, détachement ou réintégration : 39

### Concours et stagiairisations

- 2017
- ▶ Un concours de psychologue conduisant à la stagiairisation de 7 psychologues en Assistantes Sociales
  - ▶ Un concours d'Assistants Sociales conduisant à la stagiairisation de deux éducateurs
  - ▶ Un concours d'éducateurs spécialisés conduisant à la stagiairisation de deux agents
  - ▶ Un concours de TSH - blanchisserie conduisant à la promotion d'un TSH 1
  - ▶ Un concours d'OP 2ème classe - Blanchisserie conduisant à la promotion d'un agent
  - ▶ Un concours d'OP 2ème classe - Cuisine conduisant à la promotion de 2 agents et à la stagiairisation de 2 agents
  - ▶ Un concours d'OP 2ème classe - Sécurité conduisant à la promotion de 5 agents
  - ▶ Un concours d'OP 2ème classe - Maintenance Bâtiment conduisant à la promotion d'un agent
  - ▶ Un concours d'OP 2ème classe - Transport Intérieur conduisant à la promotion d'un agent
  - ▶ Un concours d'OP 2ème classe - Magasin Général conduisant à la promotion d'un agent
  - ▶ Un recrutement sans concours d'AEO cuisine conduisant à la stagiairisation de 2 agents
  - ▶ 38 infirmiers stagiairisés
  - ▶ 12 aides-soignants stagiairisés
  - ▶ 3 psychomotriciens stagiairisés

### Titularisations et promotions de grade

- ▶ Nombre de titularisations : 50
- ▶ Nombre de promotions de grade par tableau d'avancement : 35

### Travailleurs handicapés

- ▶ Taux de travailleurs handicapés au 1<sup>er</sup> janvier 2016 : 6.06%
- ▶ Nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi au 1<sup>er</sup> janvier 2018 : 71 bénéficiaires (45 RQTH + 26 ATI)

### Les dépenses du personnel

Le total des dépenses du personnel pour 2017 du titre 1 s'éleve à :  
→ Budget H : 67 494 215.13  
→ Budget B : 2 146 081.70  
→ Budget P : 681 348.80  
→ **TOTAL** : 70 321 645.63

### Accidents du travail

- ▶ Nombre de déclarations d'A. T en 2017 : 252 (dont 18 en accident de trajet)

### Réunions des instances et groupes de travail permanents gérés par le service

- ▶ C.T.E : 7 réunions dont un conjoint avec le CHSCT
- ▶ C.A.P : 2 réunions

- ▶ Commission des contractuels : 3 réunions,
- ▶ Commission de formation : 6
- ▶ Commission mixte DPC : 2
- ▶ Commission formation personnel médical et DPC : 10
- ▶ CHSCT : 11 réunions dont un conjoint avec le CTE
- ▶ Commission de réadaptation professionnelle : 1 réunion

## **BILAN 2017**

<b>OBJECTIFS 2017</b>	<b>ACTIONS MISES EN ŒUVRE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
-Réformer les modalités d'accueil des nouveaux agents	- Mise en routine des formations accueil des nouveaux, réajustement	
-Conduite du projet de prévention des risques psychosociaux	- Réalisation d'un diagnostic quantitatif (questionnaire) et qualitatif (réalisation d'entretiens par corps de métiers, sans lien hiérarchique) : Analyse du diagnostic et réalisation d'un plan d'actions	
- Préparation de la certification	- Définition de deux processus : gestion des RH et qualité de vie au travail et définition de deux plans d'actions	
- Mise en oeuvre du PPCR	- Réalisation des reclassements	
- Préparation à l'ouverture du Jardin des Silos	- Début des recrutements	
	- Elaboration du plan de formation	
- Amélioration de la gestion documentaire	- Etat des lieux + lister les procédures à revoir	
- Mise en oeuvre de la réforme du DPC	-Labellisation de notre organisme de DPC et de nos actions de DPC	
	- Communication interne	
- Amélioration de la préparation du plan de formation PNM et PM	- Nouvelles modalités pour la préparation du plan et la gestion financière	
	- Valorisation des formations qualifiantes	

- Contribution à la mise en œuvre du GHT	pour le PM
- Participations aux groupes de travail des DRH, des responsables de formation et des responsables du recrutement	

**COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE**

**RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE  
DIRECTION DES SOINS  
ANNEE 2017**

**INDICATEURS D'ACTIVITE**

C.S.I.R.M.T.	dont 2 communes avec encadrement soignant	7
Reunions Cadres Supérieurs de Santé.		30
Reunions de l'encadrement soignant		4
Rendez-vous Agents		98
Entretiens de recrutement		111
Nombre de stagiaires accueillis		442

Instituts de formation	Nombre de stagiaires
IFSI PREFMS	142
IFSI Croix Rouge Française	112
IFAS PREFMS	66
IFAS Croix Rouge Française	51
IFAS IFRASS	17
IFAS H.BOUCHER	9
Stages d'observations IDE/AMP/ASH	5
Stages IFSI Extérieurs	11
Stages Cadres de santé	2
Stages paramédicaux*	27
Total	442

\* **stages paramédicaux** : psychomotricité, diététique, ergothérapie, orthophonie éducateurs spécialisés

Le nombre d'étudiants et stagiaires accueillis est stable d'une année à l'autre.

**THEMES ABORDES EN REUNIONS DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION, ET MEDICO TECHNIQUES :** CSIRMT

**27 janvier 2017 :**

- Avis sur l'Avenant n°1 à la Convention constitutive du GHT
- Désignation d'un membre représentant la C.S.I.R.M.T au CLOPA
- Bilan CLAN
- Composition du Bureau de la CSIRMT
- Avancée des travaux de Certification
- Information sur la C.S.I.R.M.T du GHT et sur la CPT
- Plan de formation et DPC 2017, orientation 2018





## COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE et PROJET 2018

Le directeur des soins définit et pilote la mise en œuvre de la politique des soins dans le cadre de la stratégie de l'établissement. Il est aux interfaces des directions médico-soignantes.

Il conduit une dynamique de management avec les cadres supérieurs de pôles et propose des axes de réflexions communs autour des thèmes suivants :

- Analyse de l'absentéisme,
- Stabilité des équipes soignantes
- Positionnement soignant,
- Analyse et réflexion clinique,
- Qualité des écrits professionnels,
- Analyse et réflexion sur les pratiques de prise en charge,
- Activités des patients dans les services
- Fluidité et gestion des lits, organisation et fonctionnement des services, sécurité des soins et des agents...
- Pratiques avancées, coordonnateur de parcours de soins, suivi du projet de soins de l'établissement...

L'ensemble des travaux s'inscrit dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que la politique institutionnelle.

Le directeur des soins préside la CSIRMT : les élections pour le renouvellement des membres est à organiser en décembre 2018.

## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE ANNEE 2017

### POLE des RESSOURCES PATRIMONIALES ET LOGISTIQUES

#### INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)

Nombre de consultations organisées par la Cellule des Marchés : 18  
Nombre de marchés passés : 142  
Nombre de consultations passées par type de procédure : 4 passées en appel d'offres, 13 en procédure adaptée et 1 en marché négocié  
Nombre de Commandes : 6 142 commandes  
Nombre de ligne de commandes : 29 491 lignes de commandes  
Nombre de mandats : 5 890 mandats  
Nombre de coupes réalisées par le service coiffure: 499 coupes  
Nombre de plis oblitérés : 39 737, dont 37 627 pour le compte du Centre Hospitalier  
Nombre de transports de patients : 4 218 dont 437 pour l'UHSA.  
Nombre de repas servis : 384 534 repas  
Recettes réalisées au self : 133 455,99€ de recettes, soit 39 399 repas (self et personnel hors self)  
Nombre de Kg de linge traité en blanchisserie : 379 963 Kg  
Nombre d'agents formés à la sécurité incendie : 379  
Nombre d'interventions des services techniques : 8 720  
Nombre d'interventions du service maintenance sécurité : 830

#### BILAN 2017

OBJECTIFS 2017	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
Remplacement des contenions	Achat de contenions suite à PEP contenions	
Transfert de la coordination infanto-juvénile, installation de la consultation ados	Travaux + déménagement + équipements	
Installation de la CODA, déménagement de diverses activités	Travaux + déménagement + équipements	

#### COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE

Des activités « visibles » de travaux en nombre sur l'année 2017 (construction USLD, construction Bessières, aménagement Consult Ados, relogement Coordination infanto juvénile, aménagement CODA, travaux de sécurisation du réseau incendie, remplacement de centrales incendie) malgré un encadrement en partie absent sur l'exercice. Ces projets ont généré d'autres activités moins visibles : équipement, mise en place logistique ...

Les services techniques et logistiques et leurs cadres ont dû faire face à un absentéisme de plus ou moins grande durée avec des agents reprenant avec des restrictions médicales et ont essayé de limiter ou réduire le recours aux remplacements. La gestion des équipes est de plus en plus difficile avec des absences sporadiques pour équilibrer vie personnelle et vie professionnelle.

La plupart de l'encadrement a consacré un temps important à la préparation de l'ouverture de l'USLD ainsi qu'à la certification au détriment de la gestion du quotidien et de l'amélioration des services rendus.

## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE - ANNEE 2017

### POLE RIVE GAUCHE

#### **INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)**

##### Hospitalisation Temps Complet :

- Prigogine (20 lits) : 7 093 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 97.16 %)
- Van Gogh (20 lits) : 7 428 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 101.57 %)
- Artaud (20 lits) : 7 245 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 99.25 %)
- Charcot (18 lits) : 6 445 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 98.10 %)
- Bonnafé (20 lits) : 6 698 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 91.75 %)
- Maupassant (10 lits) : 3 213 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 88.03 %)
- HAD (15 places) : 5 278 sur l'année 2017 (taux d'occupation 96.40 %)

##### AFT :

- Secteur 1 (3 agréments) : 579 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 52.88 %)
  - Secteur 6 (10 agréments) : 3 270 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 89.59 %)
- En cours de réorganisation sur l'année 2017 dans une perspective de regrouper ces deux unités en une unité dédiée sur le secteur 6.

##### CPC :

- Maignan (10 lits) : 3 123 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 85.56 %)

##### Appartements thérapeutiques :

- Secteur 1 (5 places) : 1 585 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 86.85 %)
- Secteur 6 (14 places) : 4 299 journées sur l'année 2017 (taux d'occupation 84.13 %)

##### Hospitalisation de Jour :

- Lalanne (12 places) : 2 739 venues sur l'année 2017 (taux d'occupation 90.94 %)
- Muret (12 places) : 2 931 venues sur l'année 2017 (taux d'occupation 97.29 %)
- Carbonne (12 places) : 3 393 venues sur l'année 2017 (taux d'occupation 112.63 %)
- Arènes (12 places) : 2 226 venues sur l'année 2017 (taux d'occupation 73.90 %)

##### CATTP:

- Villa Albert : 6 578 actes sur l'année 2017 (Objectif : 5800)
- Muret : 4 556 actes sur l'année 2017 (Objectif : 4600)
- Carbonne : 2 512 actes sur l'année 2017 (Objectif : 2000)
- Arènes : 7 366 actes sur l'année 2017 (Objectif : 5600)
- Colomiers : 8 309 actes sur l'année 2017 (Objectif : 6000)

.../...

Ambulatoire :

- CMP Villa Albert : 562 patients (FAGP) sur l'année 2017 (Objectif : 600)
- CMP Muret : 519 patients (FAGP) sur l'année 2017 (Objectif : 600)
- CMP Carbone : 496 patients (FAGP) sur l'année 2017 (Objectif : 500)
- CMP Arènes S2 : 619 patients (FAGP) sur l'année 2017 (Objectif : 500)
- CMP Arènes S6 : 601 patients (FAGP) sur l'année 2017 (Objectif : 500)
- Colomiers : 553 patients (FAGP) sur l'année 2017 (Objectif : 550)

**BILAN 2017**

<b>OBJECTIFS 2017</b>	<b>ACTIONS MISES EN ŒUVRE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
Article 4 : <u>objectifs institutionnels</u>  <b>Participer au plan de retour à l'équilibre budgétaire</b>	Contribution du service à la réduction du déficit avec la réduction de -2,5 ETP : CPC : -1,5 ETP IDE dont 0,5 n'était pas pourvu. AT : - 0,5 ETP IDE (affectation d'un agent//0,5 ETP IDE sur les Croix Marines).	Un agent a été positionné administrativement sur l'Appartement Thérapeutique du S1 à mi-temps + 50 % sur l'Unité de Suite Bonnafé dès le 02/01/2017.
<b>Participer à la réduction des séjours longs</b>	Les agents du PRG sont sensibilisés et mobilisés pour inscrire leur patient dans un parcours de soin et de vie dès leur admission dans les unités de soins.	Le chef de Pôle et le CSS participent aux réunions de travail sur le projet RPS et le projet des USSR
<b>Contribuer à l'amélioration de l'accueil des urgences.</b>	Les UA et les US du PRG ont contribué fortement à l'admission des patients à partir des urgences. Sur les CMP, toutes les catégories professionnelles sont réactives pour accueillir les soins non programmés à partir des urgences en dépit d'une forte sollicitation de l'environnement.	Participation aux différentes sous commissions de la CME, Directoire, Copil Qualité, commission mixte DPC,
<b>Contribuer au fonctionnement institutionnel</b>	Des praticiens du PRG participent activement aux instances et aux différents projets institutionnels. Certains sont très impliqués et	

investis dans l'institution malgré une charge de travail forte sur leur activité professionnelle.	CAR, RMM, coordination des EPP, Conseil Local de Santé Mentale, formation crise suicidaire, enseignements „SISM, préparation de la certification, aux travaux de la CPT de la Haute Garonne et Tarn Ouest... Pérennisation de l'activité de l'HAD, partenariat avec le médico-social, participation aux projets des US et des CPC.
<b>Qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles :</b>	Sur l'intra : 4 audits ont été réalisés durant l'année 2017 pour les unités d'admissions et 2 ont été réalisés sur l'extra et les unités de suite. Bon levier pour observer la traçabilité dans Cortexte. HAD : un audit par semestre est prévu.
Article 4-2 : <u>Objectifs spécifiques au projet de pôle</u>	
<b>Amélioration du fonctionnement des AFT.</b>	Organisation de l'accueil familial thérapeutique (AFT) : Une unité dédiée a été créée avec 13 agréments gérée par 3 ETP. Effectifs : 2.8 IDE
<b>HAD</b>	L'HAD a pour but d'éviter les hospitalisations et de réduire les DMS : les objectifs d'activité sont atteints. Le PRG prescrit 50 % des admissions issues du CHGM.
<b>Atelier d'addictologie</b>	Le dispositif a été mis en œuvre le 19/04/2016 : FA : 6 patients, avec des groupes de 3 à 4 patients (une fois 6 présents) par séance. Conclusion : pour ce groupe de patients il y a un intérêt et un bénéfice à ces réunions.



<p><b>Amélioration des conditions de travail des AMA aux Arènes</b></p>	<p>Le centre de soins des Arènes regroupe plusieurs structures sur 2 secteurs différents avec une charge de travail importante.</p>	<p>Travaux banque d'accueil réalisés. Retard archivage rattrapé. Amélioration de la téléphonie en cours. Reflexion sur la mise en place d'une centrale téléphonique pour orienter les appelants vers leur interlocuteur, et de l'envoi de sms pour rappeler les RDV médicaux des patients</p>
<p><b>Tableau de bord du 1<sup>er</sup> RV en CMP</b></p>	<p>Test sur le CMP de Colomiers avec résultats concluants. L'outil sera développé sur 2018</p>	<p>Permet d'analyser la provenance des patients et le délai entre le 1<sup>er</sup> contact téléphonique avec un IDE et le délai d'attente pour un 1<sup>er</sup> RV psychiatre.</p>

**COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE**

Points faibles :

- **Effectifs médicaux :** difficultés récurrentes avec un déficit de temps médicaux notamment sur les postes d'assistants spécialistes sur le S1 que sur le S2. Période estivale tendue.
- **Forte tension sur les lits des unités d'admission :** pression des urgences, population accueillie lourde à la fois sur les co-morbidités (addictives et somatiques) et de l'indice de précarité élevé, peu de cliniques psychiatriques et de psychiatres libéraux sur la zone rive gauche du territoire (sud du département préférentiellement).

Points forts :

- **Les indicateurs continuent de montrer une progression de l'activité du Pôle Rive Gauche.** Cette progression atteint ses limites au niveau de l'hospitalisation et ne pourra se poursuivre sur l'ambulatorio que si les postes médicaux vacants viennent à être pourvus.
- **Gestion des budgets délégués :** + 7000 euros en 2016 et + 5 500 euros en 2017.
- **Effort financier du pôle Rive Gauche :** nouvelle organisation travaillée en 2016 pour mise en oeuvre des le 02/01/2017 de dispositifs permettant un débasage de 2,5 ETP IDE.

- **Des efforts au niveau du volet qualité** ont été réalisés avec la préparation assidue de la certification, avec point mensuel en bureau de pôle.
    - . Mobilisation constante du Dr Delmas, qui a été présent tout au long des COPIL qualité, RMM, CAR pour coordonner et insuffler la culture des EPP.
    - . 41 Audits Patients Traceurs réalisés et déjà 38 programmés pour 2018.
    - . 9 RMM
    - . 17 Crex (dont parfois 1 pour plusieurs fugues d'un même patient)
  - **Investissements des personnels du pôle autour de l'analyse du parcours patient par la méthode « patient traceur »**
    - o Parcours patient en HAD (Dr Berniac, Mme Tenat)
    - o Parcours patients en HL // UA, US et CPC (Dr Delmas, Mme Girotto)
    - o Parcours patient en CMP et CATTP (Mme Brami)
    - o Parcours patient en Appartement thérapeutique et en Accueil Familial Thérapeutique (Dr Elouadifi, Dr Authier, Dr Crochet, Mme Charpantier, M. Argenty, Mme Alquier et M. Bellefond).
  - **Identito vigilance :** Participation de Mmes Charpantier et Déleris au groupe de travail + Unité Prigogine en tant que pavillon pilote // port d'un bracelet d'identification.
  - **Isolément/contention :** sensibilisation des agents sur ces pratiques avec une implication institutionnelle de psychiatres du PRG pour travailler l'outil de prescription dans le dossier patient « cortexte » au sein du CODIMEQS, et sur de nombreuses réunions.
  - **Préparation à la certification :** forte mobilisation des agents.
- Avancement des projets :**
- **AFT :** Création d'une équipe dédiée AFT par regroupement de l'AFT du secteur 1 (3 agréments) et de l'AFT du secteur 6 (10 agréments).
  - **Conventions du PRG mises à jour :** arrêt de la convention avec le Ruisselet car fonctionnement unilatéral, peu efficace.
  - **HAD PsyDom 31,** inauguré en septembre 2015, avec une occupation des 30 lits quasi permanente et un retour des partenaires positif, tant sur la pertinence du dispositif proposé que sur la qualité des PEC. Activité en 2017 toujours intense avec une équipe dynamique, motivée et investie. Les questionnaires de sortie ont par ailleurs révélé la satisfaction des patients s'agissant du service rendu de cette structure.
  - **Chambre d'isolement/contention :** point régulièrement abordé en bureau de pôle, conseil de Pôle.
  - **Projet de prévention des Risques Psycho-Sociaux :** étude réalisée sur les Accident de Travail des Aides-soignants en unité d'admission (Prigogine, Van Gogh, Artaud).

## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE ANNEE 2017

### POLE RIVE DROITE NORD-EST

#### **INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)**

*Situation du Pôle à partir des données officielles DIMSP communiquées du mois de Janvier à fin Septembre 2017*

#### **Admissions & Soins de Suite**

**Verlaine** (Objectif = 6 900 Journées) : File Active en augmentation, diminution du nombre de journées et de la D.M.H.

- Augmentation du nombre de séjours inférieurs à 40 journées,
- Baisse du nombre de journées HL, ASDRE & Péril Imminent ; partiellement neutralisée par la hausse du nombre de Journées ASDT, L.122-1.

**Gérard de Nerval** (Objectif = 6 900 Journées) : File Active en légère diminution, légère baisse du nombre de Journées et hausse de la D.M.H.

- Baisse générale observée sur le pavillon du nombre d'entrées dont celles issues de l'A.U.P. (la disponibilité des lits ayant diminué),
- Hausse générale du nombre de Journées sous contrainte (sauf ASDRE).

**Laborbit** (Objectif = 5 400 Journées) : File Active en diminution, baisse moindre du nombre de Journées et augmentation de la D.M.H.

- Le pavillon continue à bien maîtriser ses entrées directes sur ses chambres de soins intensifs,
- Baisse du nombre de Journées HL et stabilité de celles sous contrainte (toutefois il est observé de fortes variations selon les modalités),
- A noter un travail d'adressage de patients vers l'H.J. Condeau.

#### **Hôpitaux de Jour**

**Condeau** (Objectif = 2 200 venues) : File Active en hausse & Nombre de venues en légère hausse.

- Augmentation du nombre d'adressages (stabilité des P.E.C. H.J.),
- Développement de pratiques et d'activités nouvelles pour attirer voire stabiliser la file active (ouverture élargie des ateliers etc.)

**Negreneys** (Objectif = 2 200 venues) : File Active stable & nombre de venues en hausse.

- Baisse de demandes issues de partenaires classiques (C.H.R.U., Familles etc.),
- Stabilité dans le nombre de P.E.C. H.J. et chute du nombre de sorties,
- Présentisme patient plus important et lié à un travail de fidélisation.

**Marengo** (Objectif = 2 000 venues) : File Active en baisse & nombre de venues en hausse.

- Travail de fond mené sur la pertinence des P.E.C. au sein de l'H.J. Marengo.

#### **C.M.P.**

**Bouloc** (Objectif = 150 en F.A.P.) : File Active Pondérée & Actes EDGAR en baisse.

- Hausse des nouvelles demandes donnant lieu à un suivi psychiatrique.

**Minimes** (Objectif = 750 en F.A.P.) : File Active Pondérée en hausse & Actes EDGAR en baisse.

- Hausse importante des nouvelles demandes adressées à l'entité.
- Baisse d'actes liés à l'absence de professionnels (congé-maternité, congés-maladie etc.) et des cas de réorientation patients.

**Buzet-sur-Tarn** (Objectif = 240 en F.A.P.) : File Active Pondérée & Actes EDGAR stables.

- Augmentation du nombre de nouvelles demandes et des suivis psychiatres (effet lié à l'arrivée de nouveaux praticiens sur le secteur 8 en 2017),
- Augmentation des délais R.V. Médecins,
- Développement des démarches effectuées auprès des patients.

**Marengo** (Objectif = 900 en F.A.P.) : File Active Pondérée & Actes EDGAR en augmentation.

- Bon niveau d'absorption des nouvelles demandes pour partie lié à la fiabilité d'adressage des partenaires (ex. : médecins libéraux, travailleurs sociaux etc.),
- Capacité d'absorption des nouvelles demandes grâce à de bons délais de R.D.V. infirmier et médical, à lier avec des réorientations patients (suite aux réunions médicales).

#### **C.A.T.T.P.**

**Minimes** (Objectif = 4 700 actes) : File Active & Actes EDGAR en hausse.

- Transfert plus important de patients du C.M.P. Minimes vers l'entité au cours de l'année 2017.

**Buzet-sur-Tarn** (Objectif = 1 200 actes) : File Active en hausse & Actes EDGAR en baisse.

- Orientation de jeunes patients,
- Absence de temps d'accueil pour les patients avant le début des ateliers.

**Marengo** (Objectif = 4 300 actes) : File Active en baisse & Actes EDGAR en hausse.

- Départ de patients pour des P.E.C. extérieures autres
- Amélioration de la cotation des actes infirmiers (effet année-pleine).

**R.E.C.I.F.S.** (Objectif = 1 500 actes) : File Active & Actes EDGAR en hausse.

- Impact du projet de soins de la structure (induisant notamment baisse des délais d'attente, tenue de nouveaux ateliers, réorganisation des entretiens individuels et collectifs).

#### **Equipes Mobiles**

**E.M.I.H.P.** (Objectif = 60 en F.A.P.) : File Active Pondérée en hausse & Actes EDGAR stables.

- Atteinte d'un effet-seuil quant à l'absorption des nouvelles demandes,
- Maintien de l'implication sur les P.E.C. en cours.

**E.M.I.P.S.A.** (Objectif = 85 en F.A.P.) : File Active Pondérée en forte baisse & Actes EDGAR stables.

- Effondrement des demandes de P.E.C. en lien à un manque d'animation du réseau,

- Evolution dans la nature de l'activité effectuée (et des actes de facto : développement des démarches etc.)  
A noter l'arrivée d'un nouveau praticien (soit Madame le Docteur PREAULT) à compter du mois de Novembre 2017.

**Légende :**

Abréviation P.E.C. = prises en charge.

**BILAN 2017**

<b>OBJECTIFS 2017</b>	<b>ACTIONS MISES EN ŒUVRE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>1. Participer au plan de retour à l'équilibre budgétaire</b>	Mutualisation du temps Cadre de santé sur les deux structures EMHP et ATM.  Réorganisation du parc automobile en partenariat avec la DPL.  Participation à l'amélioration des organisations et des dispositifs du pôle.  Suivi de l'absentéisme et maîtrise des effectifs de remplacement notamment intérim.	Débasage de 0.5 ETP Cadre de santé  Prévision de débasage d'1 EPT infirmier lors de la création de l'HJ de pôle et de l'ouverture du CMP/CATTP de BESSIERES en Juin 2018  Suppression d'un véhicule sur le parc ambulatoire
<b>2. Contribuer à l'amélioration de l'accueil des urgences</b>	Rationalisation des prises en charge en ambulatoire : travail sur l'efficacité de l'accueil infirmier en CMP.  Généralisation sur l'ensemble des structures ambulatoires du pôle de la réunion clinique des nouveaux cas.  Développement et réactualisation du travail de partenariat et de réseau.	Mise en place d'un groupe de travail afin d'effectuer un recensement des partenaires.

	<p>Pérennisation de la sensibilisation des agents du Pôle quant à l'utilisation des différents dispositifs alternatifs à l'hospitalisation tels que AJIR, HAD, CPC.</p> <p>Implication des agents médicaux et paramédicaux du pôle dans les trois grands groupes de travail impliqués dans la réduction des séjours longs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réhabilitation psychosociale : écriture du projet du centre de réhabilitation pour une mise en œuvre en 2018</li> <li>- les unités de suite : mise en œuvre de la commission d'admission</li> <li>- les séjours longs : suivi et amélioration des outils mis en œuvre dans les USR.</li> </ul> <p>Maintien de la collaboration avec l'Association des Cités dans le cadre de la Résidence Accueil « O mon País ».</p> <p>Mise en œuvre du projet de partenariat avec le Foyer du May sur la mise en place à titre expérimental d'un projet social pour des personnes en sortie d'hospitalisation psychiatrique.</p> <p>Réflexion visant à harmoniser l'utilisation de la zone fermable en unité d'admission au sein du pôle RDNE.</p> <p>Mise en place de réunions bimensuelles soignants/soignés en unité d'admission.</p> <p>Fléchage d'un lit dédié aux hospitalisations séquentielles à l'unité Laborit.</p> <p>Mise en place du poste de coordonnateur social et accompagnement de celui-ci dans sa prise de poste.</p>	
<b>3. Participer à la réduction des séjours longs</b>		<p>Expérimentation effectuée sur un logement</p> <p>Prévision en 2018 de stages croisés de professionnels</p>

<p><b>4. Contribuer au fonctionnement institutionnel</b></p>	<p>Election du Dr Jérôme BOUCARD à la Vice-présidence de la CME.</p> <p>Participation aux différents groupes de travail sur les séjours longs, les dispositifs de soins, implication dans les EPP, implication des médecins du pôle pour la CME et ses sous-commissions avec une forte représentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité éthique</li> <li>- CDU</li> <li>- GHT</li> <li>- CPT</li> <li>- CSIRMT</li> <li>- RPS</li> <li>- Certification...</li> </ul>	
<p><b>5. Objectifs de qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles</b></p>	<p>Préparation à la certification à travers le pilotage de deux audits de processus : « Parcours patient soins sans consentement » et « Parcours patient en hospitalisation à temps partiel hôpital de jour ».</p> <p>Sensibilisation large des agents du pôle aux enjeux de la certification : invitation du service qualité au conseil de pôle, précision des attentes à l'occasion des réunions de corps professionnels.</p> <p>Mise en œuvre des audits patients traceurs sur l'ensemble du pôle.</p> <p>Travail au développement des déclarations des fiches d'évènements indésirables.</p> <p>Systematisation des RMM et des CRex.</p> <p>Participation à l'atteinte des objectifs institutionnels de l'Hôpital Numérique à travers la mise en place d'un suivi quotidien des indicateurs transmis par le DIM.</p>	

	<p>Mise en place d'un groupe de travail sur les « Incontournables du dossier patient en ambulatoire » et diffusion aux agents du pôle d'une fiche récapitulative.</p> <p>Fiche transmise au Service qualité afin qu'elle puisse être déployée sur tous les pôles concernés</p> <p>Inscription dans la dynamique institutionnelle sur le déploiement de la prévention des Risques Psycho Sociaux au sein du pôle.</p>	
<p><b>6. Projet de regroupement des structures extérieures (Buzet et Bouloc) sur Bessières</b></p>	<p>Planification de réunions avec les soignants.</p> <p>Finalisation des ressources humaines.</p> <p>Finalisation du plan d'équipement.</p> <p>Préparation du déménagement.</p> <p>Accompagnement des patients.</p> <p>Plan de communication (relation avec les acteurs locaux).</p>	
<p><b>7. Maintien des filières et prise en charge spécialisées du pôle (équipes mobiles, RECIFS)</b></p>	<p><b>USPS :</b> Consolidation du poste de la secrétaire affectée à l'USPS. Maintien de l'activité ainsi que du travail en réseau. Appui donné aux dispositifs sociaux confrontés à des problématiques d'isolement au sein de quartiers difficiles et désertés par les services de l'état.</p> <p><b>CATTP RECIFS :</b> Mise en œuvre du projet revisité en 2016 et visant à améliorer l'efficacité du dispositif. Premiers résultats chiffrés très intéressants.</p>	



**COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE**

Année riche, dense, rythmée par la préparation à la certification et par la mise en perspective des projets qui verront le jour en 2018 tels que le Centre de Soins de BESSIERES, l'hôpital de jour de pôle, le Centre de réhabilitation psycho-sociale.

De plus, implication importante dans les grandes orientations définies dans le cadre de la CPT, en particulier à travers le pilotage d'un groupe de travail sur l'organisation de la prise en charge en RPS au sein de la CPT, mais également à travers la représentation de l'institution au sein des différentes instances du GHT et de la CPT (Collège médical du GHT, Assemblée médicale de la CPT, Assemblée paramédicale de la CPT).

Le pôle reste très attentif au fait que la stigmatisation de la maladie mentale et le respect de la dignité des patients soient au cœur de nos pratiques. Il s'évertue à promouvoir des actions visant à soutenir ces valeurs et notamment à travers les différents travaux menés aux ATM et aux hôpitaux de jour : « Folire », « Psychulette », Culture et santé avec en perspective l'implication dans un nouveau partenariat à l'échelle européenne qui vise à développer l'intégration des patients par la pratique des activités sportives.

Le pôle a le vœu de développer une offre de soins dynamique à vocation institutionnelle pour le sujet âgé en partenariat avec le Pôle Médical et Technique.

Toulouse, le 12 Février 2018

**Docteur Jérôme BOUCARD**  
Chef de Pôle

**Madame Corinne FORTIN**  
Cadre Supérieur de Santé  
Collaborateur du Chef de Pôle

**Monsieur Cédric VINCENT**  
Cadre Administratif  
Collaborateur du Chef de Pôle

**EMIPSA :**

Implication du pôle dans la création d'une offre de soins en psychiatrie de la personne âgée à vocation intersectorielle.

Création d'un poste médical en lien avec l'USLD du Pôle Médical et Technique et confié au Dr PREAULT qui au sein du pôle devient référent de l'EMIPSA et de l'hôpital de jour Negreneys.

**EMIHP :**

Le départ du Dr BASCANDS est compensé par l'arrivée du Dr BALLY. La responsabilité de la structure est confiée au Dr WALLACH qui augmente sa présence au sein de l'unité pour passer de 0.2 ETP à 0.4 ETP. En parallèle le Dr BOUCARD réduit sa présence pour passer de 0.5 ETP à 0.3 ETP.

**ULISHP :**

L'année a été marquée par de nombreuses rencontres avec l'AGAPEI dans la perspective de la rédaction d'une convention qui viendra soutenir des actions de collaboration. Réflexion en cours au sujet de la création d'une ULISHP AGAPEI tenant compte des particularités de l'association et de ses attentes.

Dépôt d'un dossier en ARS de création d'une Equipe Sanitaire d'Appui aux Equipes Educatives et Lycéens (ESAEL).

Partenariat avec le Pôle Médical et Technique pour le déploiement de la CODA HP.

## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE - ANNEE 2017

### POLE RIVE DROITE SUD EST

#### INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)

*Situation du Pôle à partir des données officielles DIMSP communiquées du mois de Janvier à fin Septembre 2017*

#### Admissions & S.U.I.-5 :

**Claudel** (Objectif = 6 900 journées) : File Active en baisse, augmentation du nombre de journées et de la D.M.H.

- Augmentation du nombre de journées ASDT au sein du pavillon, neutralisant la baisse des journées HL ;
- Augmentation significative de la proportion de patients chroniques.
- A noter une P.E.C. complexe recensée en 2017 (patient sous écrou).

**Cervantés** (Objectif = 6 900 journées) : File Active en augmentation, baisse du nombre de journées et diminution de la D.M.H.

- Progression du nombre d'admissions. A noter une activité de lits d'accueils importante sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2017,
- Diminution du nombre de journées H.L (il est également constaté une progression du nombre de journées ASDT & ASDRE).
- Meilleure maîtrise du sureffectif patient.

**P.A.J.A.** (Objectif = 3 900 journées) : File Active en hausse, et nombre de journées en diminution, légère augmentation de la D.M.H.

- Demandes d'hospitalisation plus importantes et plus variées dans leurs adressages (EMIC31, médecins libéraux, C.M.P. etc.),
- Légère augmentation du nombre de journées sous contrainte (plus particulièrement ASDT et ASDRE).
- A noter une importante activité d'accueils patients (notamment sur les C.I.) en dépit de la fermeture de 2 lits sur le 2<sup>nd</sup> semestre 2017 + présence d'un patient au long cours.

#### Soins de Suite :

**Dupré** (Objectif = 3 300 journées pour le S<sup>4</sup> / 3 300 journées pour le S<sup>5</sup>) : File active et nombre de journées en augmentation.

N.B. : Niveau d'activité étudié à l'échelle des 20 lits du pavillon.

- Augmentation de la pratique des séjours d'essai et de certains adressages (notamment en provenance des C.M.P. du secteur 4),

- Baisse du nombre de journées H.L. et augmentation des journées sous contrainte (plus particulièrement ASDT et L122-1).

#### C.P.C. :

**Pont de Bois H.C.** (Objectif : 5 600 journées) : File active stable, nombre de journées en diminution et baisse de la D.M.H.

- Cas de rechutes patients engendrant des ré-hospitalisations,
- Pertes de journées liées à des phénomènes divers (mouvements patients, adressages, cotation etc.)

#### Hôpitaux de Jour :

**A.J.I.R.** (Objectif = 1 500 venues) : File active en diminution & nombre de venues en très forte baisse.

- Diminution des adressages issus de l'A.U.P. (contre-effet fermeture week-ends).
- Baisse du temps médical dédié à la structure (compte tenu des cas de pénuries observés sur le pôle au cours de l'année),
- Diminution des durées de prise en charge (1 mois au lieu des 2 initiaux).

A noter la fermeture de la structure :

- les samedis et dimanches depuis le 1<sup>er</sup> Mai 2017,
- des périodes de fermeture sur la période allant du 28 Juillet au 28 Août 2017, plus une partie allant du 28 décembre 2017 au 07 janvier 2018.

**Saint-Sernin** (Objectif = 2 000 venues) : File active et venues en diminution.

- Montée en charge de l'activité C.A.T.P. présente sur la structure,
- Délais R.V. médicaux ayant impacté les possibilités d'admission de patients.

#### Hôpital de Nuit :

**Pont de Bois** (Objectif = 365 nuitées) : File active stable, nombre de nuitées en baisse et diminution de la D.M.H.

- Peu de patients éligibles aux conditions de recours dudit dispositif (lit de nuit servant de support à des sujets en voie de réinsertion scolaire et/ou professionnelle et/ou sociale),
- Quelques problèmes de cotation observés pour 2 à 3 patients entre modalités Hospitalisation complète et Hospitalisation de nuit.

#### C.M.P. :

**Saint-Sauveur** (Objectif = 700 en F.A.P.) : File active pondérée & actes EDGAR en diminution.

- Effondrement du nombre de nouvelles demandes,
  - Changement des adressages envers le C.M.P.
- A noter l'arrêt de P.E.C. de nouveaux R.D.V. patients en été et depuis Octobre 2017 (malgré une tentative de reprise en Septembre) pour cause de pénurie médicale.

**Lauragais** (Objectif = 280 en F.A.P.) : File active pondérée & actes EDGAR en diminution

- Baisse des adressages de certains partenaires,
- Entité ayant connu au cours de l'année un turnover infirmier (auquel il convient d'ajouter un déficit d'effectif sur le 1er semestre de l'année) et médical.

A noter l'arrêt de P.E.C. de nouveaux R.D.V. en fin d'année 2017 pour cause de pénurie médicale.

**Saint-Michel** (Objectif = 800 en F.A.P.) : File Active pondérée & Actes EDGAR en baisse.

- Baisse importante des nouvelles demandes à compter du mois de Mars 2017 (pénurie médicale). A noter un important transfert de nouvelles demandes issues des collèges / lycées vers le C.M.P. St-Sernin.

**Saint-Sernin** (Objectif = 350 en F.A.P.) : File active pondérée & actes EDGAR en forte hausse.

- Forte augmentation des demandes de P.E.C. mais avec un taux de perte important,
- Délais de R.V. médicaux très élevés (engendrant de nombreux suivis interstitiels I.D.E.).

#### C.A.T.T.P. :

**Saint-Sauveur** (Objectif = 4 500 actes) : File active en hausse & Actes EDGAR stables.

- Augmentation du nombre d'adressages issus du C.M.P. St-Sauveur et de la Médecine de Ville,
- Evolution du mode de fonctionnement de l'unité (gestion des entrées etc.)

**Lauragais** (Objectif = 2 600 actes) : File active & Actes EDGAR en baisse.

- Diminution des adressages en lien avec le C.M.P. (effet-ricochet),
- Turn-over infirmier au cours de l'année écoulée,
- Cas de restructuration / suppression d'une partie des ateliers.

**Saint-Michel** (Objectif = 5 500 actes) : File active en baisse & actes EDGAR en très forte hausse.

- Modification de la cotation d'actes (effet année-pleine),
- Evolution de la tenue de certains ateliers (ex : augmentation de la capacité d'accueil).

**Saint-Sernin** (Objectif = 1 260 actes) : File active & actes EDGAR en forte augmentation malgré la non-atteinte de l'objectif.

- Mise en place de prises en charge individualisées,
- Adaptation des ateliers compte tenu de la population accueillie.

#### Autres unités Pôle R.D.S.E.

**Domiciliation** (Objectif = 45 en F.A.P.) : File active pondérée stable & Actes EDGAR en diminution.

- Diminution des adressages en provenance des unités d'admission
- Mouvements du personnel médical

**E.M.I.C.31** (Pas d'objectif d'activité fixé) : File active pondérée & actes en légère hausse. A noter une production importante de M.I.G.

- Importance des demandes pour des cas d'hétéro-agressivité / éléments dépressifs, délirants formulées par les familles et partenaires sociaux divers (maisons de solidarité etc.).

#### Légende :

Abréviation P.E.C. = prises en charge. / Abréviations C.I. = chambres isolement

#### **BILAN 2017**

<b>OBJECTIFS 2017</b>	<b>ACTIONS MISES EN ŒUVRE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
1/Participer au plan de retour à l'équilibre budgétaire	Evolution du parc automobile en partenariat avec la D.P.L. Suivi de l'absentéisme et contrôle des dépenses d'intérim	> Retrait de 2 véhicules sur le parc alloué au Pôle renforcement de la flotte pour le site Nailloux + Recours à la solution Citiz.
2/Contribuer à l'amélioration de l'accueil urgences	Communication envers les agents du pôle et le reste de l'établissement au recours de partenaires et dispositifs autres constituant une alternative aux urgences et hospitalisation (H.A.D., etc.)	
3/Participer à la réduction des séjours longs	Participation des agents du pôle dans les groupes de travail portant sur cette thématique : -Réhabilitation psychosociale, -Unités de suite -Séjours longs -C.P.C.	

4/Contribuer au fonctionnement institutionnel	Présence d'agents du pôle : -à plusieurs instances (C.D.U., Collèges professionnels, E.P.P. etc.); groupes de travail (séjours longs etc.); -dans les sujets ayant marqué la vie de l'établissement en 2017 (G.H.T., Séjours longs, Certification Qualité etc.)	
5/Objectifs de Qualité, Gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles	Préparation à la certification à travers le pilotage de 3 parcours de soins patients (+ un thème transversal > H.J.). Réalisation d'audits patients traceurs sur les unités du pôle. Contribution à l'atteinte des objectifs institutionnels de l'Hôpital Numérique via l'instauration d'un suivi hebdomadaire des indicateurs communiqués par le D.I.M.S.P. au cours de l'été 2017. Réalisation régulière de RMM & CREX	
6/ Centre de Soins Etudiants : Projet de création d'une clinique pour étudiants via un partenariat	<u>Réflexion en cours</u> : pré-projet étudiant d'un partenariat public (C.H.G.M.) et privé (Groupe Clinéa) à l'étude. Tenue de 2 rencontres 5 Septembre 2017 •réfléchir et identifier les besoins de santé pour les étudiants du bassin toulousain avant toute finalisation et partenariat effectif entre le C.H.G.M., le Groupe Clinéa et la Clinique Marigny. 16 Novembre 2017 •présenter les besoins de santé pour les étudiants du bassin toulousain de manière plus objective (données chiffrées, intégration de ce segment dans la stratégie nationale de santé etc.); •discuter sur la pertinence des dispositifs à utiliser et/ou à prévoir (ex. : maintien des unités H.J., C.M.P., C.A.T.T.P. Saint-Sermin, création d'unité pour étudiants en subaiguë etc.)	Prochaine étape : présentation assortie d'échanges lors d'un prochain Directoire et tenue d'une réunion en Communauté Psychiatrique de Territoire.

7/ E.M.I.C. - Projet « jeunes reclus au domicile constituant une patientèle en augmentation constante. en œuvre d'un protocole d'intervention	<u>Constat</u> : •Les jeunes reclus au domicile constituant une patientèle en augmentation constante. <u>Objectifs</u> : •Proposer une évaluation approfondie pour amener ces jeunes le plus tôt possible vers le soin •Réaliser une évaluation ambulatoire complète (psychiatrique, neuropsychologique et éducative). <u>Actions mises en œuvre</u> : •Mise en œuvre d'un protocole d'intervention entre E.M.I.C., S.A.M.U. et services de Police. •Présentation du Projet « Jeunes reclus au domicile » en Directoire (Novembre 2017) •Tenue d'une réunion le 07/12/17 avec les autres équipes mobiles de pédo-psychiatrie du département	Tenue d'une réunion prévue début 2018 avec le Pôle Infanto-Juvenile pour définir une organisation commune sur la prise en charge de jeunes pouvant impliquer à la fois le S.U.I.4-5 et le P.I.J. (Répartition des rôles, gestion des relais etc.).
8/ A.J.I.R.	• Fermeture Week-ends actés depuis le 1er Mai 2017 • Fermeture temporaire de la structure en août 2017 et du 28 décembre 2017 au 07 janvier 2018 • Projet AJIR : filière aigüe et création filière post-aigüe : création de groupes thérapeutiques (début des groupes en février 2018)	Communication en cours sur le projet A.J.I.R. filière post-aigüe (et assurer son développement) Assurer une stabilité des effectifs médicaux + et pérenniser les temps de la psychologue.
9/ Avancement du projet RPS (fermeture Dupré)	• Fermeture de la structure prévue en 2 temps (10 à fin Juin 2018 / 10 autres lits prévus à fin Juin 2019) puis destruction du site, • Réalisation d'une rencontre incluant les pôles R.D.N.E. et R.D.S.E. (co-responsables de la structure) et des représentants de l'équipe pour exposer le calendrier de l'opération et ses modalités, Rencontre entre le groupe RPS et Madame POURTAU (à la demande de la D.G.) pour présenter les projets patients de l'unité, • Tenue d'une réunion entre l'équipe de Direction et le service le Décembre 2017.	Suppression anticipée d'un lit en Décembre 2017. Tenue de la 1 <sup>ère</sup> réunion de la commission d'attribution des lits en Janvier 2018.
10/ C.M.P. Nailloux - Locaux	<u>Constat</u> : • Locaux du site actuel trop exigus pour accueillir tous les professionnels impliqués dans son fonctionnement.	



# RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE - ANNEE 2017

## POLE INFANTO-JUVENILE

### INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)

	Nombre de journées d'hospitalisation continue (20 lits)		
	Objectif 2017	Réalisé 2017	% réalisation
CHAURAND (12 lits)	2000	1996	99,8
UCHA (8 lits)	2100	1870	89,05
			Taux d'occupation
			80%
			64%

UCHA : Il convient d'ajouter à l'activité HC l'activité HN (60 venues) qui permet de faire apparaître l'activité globale et la réalité d'occupation des lits.

En raison de la présence d'un patient difficile et d'un déficit conjoncturel en ETP soignant, la capacité d'accueil a été diminuée de 3 lits pendant deux mois.

Nombre de venues en hôpital de jour (62 places)		
Objectif 2017	Réalisé 2017	% réalisation objectif
8250	8392	101,72

NB : l'activité de l'hôpital de jour pour adolescents a été suspendue pendant 3 mois.

Ambulatoire		
Objectif FAP 2017	Réalisé 2017	% réalisation objectif
1200	1319	109,92

Actes EDGAR		
Objectif 2017	Réalisé 2017	% réalisation objectif
4400	4352	98,91
2800	2801	100,04

CATTP		
Tournefeuille		
CATTP		
Volvestre		

	<p><b>Objectif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tendre vers une extension de la surface du site Nailloux par une 2<sup>de</sup> location permettant l'installation du C.A.T.T.P. Nailloux (en lieu et place de son positionnement actuel).</li> </ul> <p><b>Situation actuelle :</b></p> <p>Des prérequis doivent être au préalable analysés avant toute démarche. Ils porteront particulièrement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la sécurité, plus particulièrement l'installation des D.A.T.I. sur une nouvelle structure extérieure (cas des travailleurs isolés au C.M.P. et / ou C.A.T.T.P.),</li> <li>l'analyse de certains points fonctionnels (accessibilité pour personnes handicapées, passages etc.),</li> <li>des aspects fonctionnels autres (téléphonie, questions techniques etc.)</li> </ul>	<p>Pourparlers en cours entre D.G. et Maison de Santé Nailloux (réunion prévue en Février 2018).</p> <p>Item réalisé en Décembre 2017.</p>
<p>11/ C.M.P. Nailloux-Intervention Bassin de Revel</p>	<p><b>Objectifs :</b></p> <p>Formaliser un partenariat entre le CH de Revel et le CMP du Lauragais pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer des P.E.C. de personnes âgées présentant des troubles en lien avec une pathologie psychiatrique,</li> <li>Maintenir des V.A.D. pour des patients connus,</li> <li>Mettre en œuvre de consultations d'orientation.</li> </ul>	<p>Dossier en cours de consultation par la Direction Générale</p>

### COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE

L'année 2017 a été marquée pour le Pôle R.D.S.E. par :

- La fermeture effective de l'A.J.I.R. pour les week-ends,
- La continuité d'une pénurie médicale ayant fortement impacté le fonctionnement de toutes les structures,
- La contribution au démarrage du projet R.P.S. (Unités de suite),
- La poursuite des projets permettant l'évolution du site Saint-Sernin et des missions de l'E.M.I.C.,
- La volonté d'analyser les pratiques professionnelles (politique RMM-CREX soutenue, supervisions déployées dans la grande majorité des unités) et de participer, pour l'ensemble des agents, à la démarche des risques psycho-sociaux.

L'équipe du pôle reste investie dans la vie des unités, leurs projets respectifs avec pour objectif prioritaire la dispensation de soins de qualité et accessibles à toutes catégories de patients.

**Docteur Pierre HECQUET**

Chef de Pôle

**Madame Catherine POURTAU**

Cadre de Santé  
Collaborateur du Chef de Pôle

**Monsieur Cédric VINCENT**

Cadre Administratif  
Collaborateur du Chef de Pôle

## ACTIVITE DE PEDIATRIE

Unité de soins	File active	Nb observations somatiques
Cattp Tournefeuille	16	26
Cattp Volvestre	15	20
Chaurand	49	292
Cmp Auterive	4	24
Cmp Volvestre	7	7
Consult'Ado	4	4
HJ Adolescents	21	44
HJ Volvestre	40	98
HJ Cugnaux	39	88
HJ St Gaudens	22	37
Ucha	80	204
Urnes	9	37
	<b>306</b>	<b>881</b>

### BILAN 2017

OBJECTIFS 2017	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
Objectifs institutionnels Participer au plan de retour à l'équilibre budgétaire :	Suppression d'un ETP de cadre (mi-temps CAP/mi-temps Coordination). Poursuite de la fermeture des séjours en HJ aux vacances scolaires	Contrat 2015-2018 Atteinte de l'objectif fixé par la réduction de poste de 1.2 ETP
Facturation des CS psychiatre en CMP	Poursuite de la mise en œuvre de la facturation des CS psychiatre au CMP et extension au CATTP de Tournefeuille	
Suivi de l'absentéisme et maîtrise des effectifs de remplacement et intérim	Participation du pôle à la maîtrise des coûts. La difficulté de recruter des IDE et des ASE en contrat a nécessité le recours à l'intérim de manière plus importante	Intérim : 10278.37 € Remplacement : 3911.33€

Amélioration des organisations et pertinences des dispositifs de soins	Projet de regroupement des dispositifs ados sur le site CHGM	En attente
Contribuer à l'amélioration de l'accueil des urgences	Ouverture de la Consult'ADO	Mai 2017
Contribuer au fonctionnement institutionnel	Participation aux instances	7 médecins
Objectifs de qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles :		
Améliorer les pratiques cliniques	Suivi du nombre de passages en chambre d'isolement	Permanent
Améliorer la PEC ambulatoire et le fonctionnement des CMP	Suivi régulier des tableaux de recueil des délais entre premier contact et premier RDV	
Participer à compter de septembre 2015 à la préparation et l'obtention de la certification V2014 1 <sup>er</sup> trimestre 2018	Nombre d'audits de patients traceur réalisés dans le pôle Implication de différents professionnels du pôle sur les parcours patients	29 audits réalisés, 2 à 3 en moyenne par unité 12 professionnels se sont impliqués, dont 2 médecins et 3 cadres sur le pilotage/copilotage de groupes parcours patients
Améliorer les liaisons avec le médecin traitant	Suivi des taux de réalisation des lettres de sortie	Permanent
Poursuivre la sécurisation du circuit médicament	Participation au dispositif de formation « La chambre des erreurs » Participation aux audits sur le circuit du médicament	Permanent
Contribuer à la prévention des risques professionnels et des risques psychosociaux	Participation importante des professionnels à l'enquête et aux entretiens.	

	Objectifs de qualité et de gestion des risques et EPP	Enquêtes de satisfaction Réalisation de 3 RMM EPP : « Grand mineur, jeune majeur »	Nombre de questionnaires retournés : 228
Objectifs spécifiques au projet du pôle	Conforter les partenariats de soutien en direction du médico-social et des dispositifs sanitaires publics en charge de l'enfance	Demande de renforcement de l'activité de l'équipe de l'UMES pour couvrir l'ensemble du territoire. Participation des soignants du pôle aux stages croisés proposés par l'ARS entre le sanitaire, social, médico-social.	Non validé par l'ARS  A renforcer et poursuivre
	Réorganiser le dispositif de soin pour adolescents pour répondre aux besoins des bassins de santé	Proposition de création d'un dispositif CATT pour le sud du département	En attente des décisions de l'ARS
	Améliorer le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement des enfants présentant de TSA, et la coordination territoriale des dispositifs d'accueil	Mise en place des observations structurées type ADOS dans les CMP Activité de l'antenne diagnostic autisme et CAPP	En attente de locaux depuis octobre 2016
	Améliorer l'articulation des Pôles JU et Adultes sur la prise en charge des 16-18 ans	EPP en cours 0,5 ETP dédié d'ASE sur l'accompagnement et le passage des adolescents vers les structures adultes et /ou médico-sociales.	Difficulté de relais des 16-18 ans vers des structures adaptées aux jeunes adultes. Impact sur le fonctionnement et la dynamique de l'HJ pour adolescents route de Seysses
	Poursuite de la télé expertise	Réalisation des entretiens par télé expertise avec 3 établissements médico-sociaux.	En cours
	Améliorer les conditions	Mise en œuvre et suivi du	En cours

	d'accueil de l'HJ du Comminges Améliorer les conditions d'accueil du CMP Léguevin Reloger le centre d'aide à la parentalité	projet de construction de l'HJ St Gaudens Mise en œuvre et suivi du projet de construction	En cours  En attente de la réactualisation du projet
--	---	---	--

### COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE

- Déménagement de la Coordination en avril 2017 dans les locaux adaptés, pour permettre l'ouverture de la Consult'ADO.
- Le Dr Jousselein quitte la chefferie du pôle. Mme le Dr Choilet-Fouks est nommée à cette fonction, en juillet 2017.
- En direction des adolescents :

La Consult'Ado ouvre en mai 2017. Le dispositif est vite repéré par les partenaires. Les 3 Consult'Ado des 3 secteurs infanto-juvéniles travaillent en bonne coordination et font la preuve de leur pertinence dans la gestion des urgences. La carence en temps médicaux sur le service ne permet malheureusement pas qu'un ETP médical comme prévu soit affecté à cette structure.

L'HJ pour Adolescents a fait l'objet d'une suspension de son activité pendant 3 mois avec une refonte complète de son équipe. Ce dispositif doit trouver sa place dans une offre de soins pour les adolescents contrainte par l'éloignement géographique et l'absence de CATT au Sud de notre secteur, ainsi que par la faiblesse de propositions de réponses modulées (Hôpital de jour réactif).

Le regroupement architectural de l'UCHA, l'HJ pour Adolescents et l'UMES souhaité sur le site du CH G.Marchant et proposé afin de faciliter des articulations et des redéploiements entre les dispositifs dédiés aux adolescents, ne peut s'envisager avant plusieurs années, et impacte l'adaptabilité de notre offre de soins.

- En direction de l'Autisme :

L'ensemble des hôpitaux de jour a bénéficié d'une formation « Sensibilisation à l'autisme approche clinique et interventions éducatives : PEP-3, Vineland, TEACCH».

Les CMP pivot de chaque structure interne SUD et OUEST se sont organisés pour mettre en place une évaluation diagnostique type ADOS.

Les unités UEA et CAPPA sont sans locaux depuis octobre 2016. A noter qu'en fin de convention de coopération pour l'équipe diagnostic Haute Garonne Sud et Ariège Ouest en décembre 2017, deux partenaires (le CHAC pour la mise à disposition d'une infirmière et l'ARSEAA pour la mise à disposition des locaux) se sont désengagés.

- En direction de la Parentalité :

La carence en temps médicaux et la diminution d'un mi-temps d'infirmière n'ont pas permis de maintenir les activités de visites médiatisées du Centre d'Aide à la Parentalité.

Le projet est à réactualiser et à redynamiser en 2018 d'autant que les actions en direction du soutien des aidants et des familles font partie des axes prioritaires du futur PRS et que le pôle a acquis une expertise dans ce domaine (groupes Barkley dans les TDHA, thérapies familiales systémiques, consultations ethnopsychiatriques...)

## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE - ANNEE 2017

### POLE PSYCHIATRIE ET CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU PENITENTIAIRE

#### INDICATEURS D'ACTIVITE (en quelques chiffres)

Hospitalisation complète : UHSA  
 - UHSA - Aile A : 20 lits d'admission : 7143 journées pour un objectif de 6900, soit un taux d'occupation de 97,85 %

- UHSA - Aile B : 20 lits d'admission : 6995 journées pour un objectif de 6900, soit un taux d'occupation de 95,82 %

Hospitalisation de jour :

- Seysses (18 places) : 5108 journées pour un objectif de 4900 venues, 74 patients accueillis, taux d'occupation à 113,77 %

Ambulatoire :

- Muret : FAGP à 595 pour un objectif de 570. Nombre d'actes EDGAR : 16621

- Seysses : FAGP à 1287 pour un objectif de 980. Nombre d'actes EDGAR : 9818

- Addictologie : FAGP à 587 pour un objectif de 620. Nombre d'actes EDGAR : 12848

CRIAVS :

- 693 personnes ont suivi les formations du CRIAVS, avec 13 sessions sur l'année au CRIAVS, plus d'une dizaine à l'extérieur, deux journées d'étude et une conférence en soirée sur le CH.

#### BILAN 2016

OBJECTIFS 2016	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
Article 4-1 : objectifs institutionnels		
<b>Participer au plan de retour à l'équilibre budgétaire</b>	Réflexion sur l'implantation des locaux du CRIAVS sur le CHGM permettant l'économie de la location de cette structure, actuellement localisée au centre ville.	Les besoins en locaux sont difficiles à satisfaire, l'opération économique n'est pas confirmée → attendre l'évolution annoncée de la gestion du patrimoine sur le CH.
<b>Contribuer à l'amélioration de l'accueil des urgences</b>	Participation des praticiens au tableau de garde des urgences.	Réunion au sujet des détenus avec les urgences et le SAMU programmée en 2018.
<b>Contribuer au fonctionnement institutionnel</b>	Participation des personnels aux différentes instances de l'établissement.	CME, COPS, CODIMEOS, COPIL qualité, Commission de formation, CLOPA, Comité d'éthique...

<p><b>Objectifs de qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles</b></p>	<p>Participation sur des actions transversales de partenariat et de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe mobile de prévention de la radicalisation.</li> <li>- Croix marine.</li> <li>- UMD Albi.</li> <li>- FERREPSY.</li> </ul>	<p>Dr Rieu 1X/mois</p> <p>Assistante sociale mise à disposition. Dr Bartolucci 1X/mois. Dr Carré.</p>
<p>Améliorer les pratiques cliniques.</p>	<p>Réalisation de RMM.</p>	<p>Deux RMM. Réorganisation du groupe pilote pour 2018.</p>
<p>Améliorer la prise en charge ambulatoire et le fonctionnement des CMP.</p>	<p>Rencontre avec bureau de Pôle Rive Gauche pour relais suivis CMP Muret. Partenariat CRIAVS-CMP des Arènes pour prise en charge AVS.</p>	<p>Groupe de parole au CMP Arènes/psycho CRIAVS.</p>
<p>Participer à compter de septembre 2015 à la préparation/obtention de la certification V2014 en avril 2017.</p>	<p>Plusieurs audits patient-traceur. Parcours du patient détenu (UHSA).</p>	<p>Tous les indicateurs sont analysés en revue de contrat en vue de la préparation de la certification (février 2018).</p>
<p>Améliorer les liaisons avec le médecin traitant.</p>	<p>Item adapté selon le parcours carcéral.</p>	<p>Visite d'une journée au SMPR et UGSA des Drs Gicquel et Buisson (MG UHSA).</p>
<p>Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament.</p>	<p>En attente achat armoire à pharmacie. Restent à mettre en œuvre les recommandations issues de l'audit réalisé en 2014.</p>	<p>Points de blocage par contraintes liées aux locaux et contraintes d'agenda.</p>
<p>Contribuer à la prévention des risques professionnels et des risques psychosociaux. <u>Article 4-2</u> : objectifs spécifiques du pôle <b>Mise en œuvre des protocoles et conventions avec l'AP et le CHU.</b></p>	<p>Participation de l'ensemble des personnels à la démarche diagnostique RPS.  Régularisation permanence des soins : validation ARS juillet 2017.</p>	<p>Prévoir application des préconisations.  Avenant rédigé et adressé pour signatures en septembre 2017.</p>

<p><b>Articulation santé-justice-pénitentiaire</b></p>	<p>Changelement des officiers de l'UHSA en septembre 2017.  Changelement du Directeur du CD de Muret en sept 2017.  Changelement des juges d'application des peines.  Zones de difficultés persistantes selon les situations, sur tous les sites.</p>	<p>Reprise des réunions cadres-officiers.  Mr Ruffenach remplace Mr LeDantec.  Rencontre avec Mme Dullin (Seysse) et Mme Furcy (Muret).  A travailler dans des rencontres partenariales.</p>
<p><b>Projet Télémédecine santé-détenus</b></p>	<p>Rencontre de travail Préfecture, AP, UHSA concernant sécurité et urgences.  Réunion avec l'ARS novembre 2017.</p>	<p>Réunion plusieurs fois reportée → 2018.  Visite réalisée sur les 4 sites pour installation du matériel en 2018.  Fait en janvier 2017.</p>
<p><b>Présentation de l'équipe et des missions du CRIAVS au sein de différentes réunions institutionnelles du CHGM pour développer les relations en intra.</b></p>	<p>Présentation des missions en CME.  Présentation des missions au conseil de pôle du PRG (2 décembre 2016).</p>	<p>Les interventions de soutien auprès des équipes se sont développées.</p>

**COMMENTAIRES SUR L'ANNEE ECOULEE**

**La surpopulation pénale continue d'augmenter :**

Augmentation du taux de densité des personnes écrouées sur les maisons d'arrêt de Haute Garonne et d'Occitanie.  
A Seysse ce taux est passé de 152 à 169 % en un an.  
Mauvaises conditions de vie des personnes détenues et saturation des dispositifs de prise en charge à tous les niveaux, les moyens dédiés étant constants et prévus pour des volumes de population bien inférieurs.  
De plus, le secteur en milieu pénitentiaire ne peut structurellement déléguer ses missions.  
Le CHGM et le pôle devront être attentifs à l'éventuelle construction d'une prison supplémentaire.

**De nombreux malades mentaux en prison :**

L'état sanitaire des personnes détenues se dégrade, pour les troubles mentaux mais aussi somatiques, les patients étant concentrés dans les prisons à proximité des unités hospitalières UHSA et UHSA.  
Au CD de Muret, 88 % des nouveaux arrivants vont relever d'un suivi par le SMPR, 53 hospitalisations temps plein ont dû être organisées.



Le nombre de mesures de soins sans consentement au CP de Seysses en 2017 s'élève à plus de 30 demandes, le nombre d'irresponsabilité pénale prononcée atteignant son pic à 10 mesures 122-1.

L'hôpital de jour de Seysses a enregistré 115 demandes d'admission dans l'année. L'UHSA a accueilli 279 patients dont 16 femmes. La liste d'attente des demandes s'allonge. Des patients peu, voire, incompatibles avec la détention sont écroués et admis sur la structure, entraînant un allongement de la durée moyenne des séjours. Des injonctions nouvelles de la part de la justice sont à noter, au travers notamment des phénomènes de radicalisation.

#### **Un recrutement de personnel à un rythme soutenu :**

Le pôle comprend 128 ETP non médicaux et 11,8 ETP médecins. L'ensemble de ces personnels est en charge d'une file active globale qui augmente d'année en année : + 3,5 % en 2016, + 4,7 % en 2017.

Un accent particulier est donc mis sur le recrutement et les remplacements conformément à la spécificité du pôle, cet effort de recrutement représentant près de 80 entretiens réalisés par l'encadrement du pôle.

L'organisation de concours en fin 2016-2017 (AMA, assistantes sociales et psychologues) a conforté nos 5 agents candidats sur leurs postes.

#### **Un exercice évalué et contrôlé :**

Passage de la mission sénatoriale d'évaluation des UHSA en mars 2017.

Comité local de coordination de l'UHSA en mars 2017.

Visite du CGLPL à Seysses en Juin 2017.

Le comité local de coordination des unités sanitaires n'a pas eu lieu.

Deux revues de contrat de pôle, un conseil de pôle.

Réalisation du processus parcours patient à l'UHSA en vue de la certification.

#### **Ouverture du pôle vers l'extérieur :**

CRIAVS : référence confirmée tant régionale que nationale.

Le sociologue du CRIAVS est recruté pour piloter le CRESAM.

Coordination régionale : 3 journées d'échanges inter équipes, une journée de formation.

Coordination nationale UHSA : mise en place effective.

Enseignement et formations réalisés par plusieurs praticiens, IDE, psychologues, assistante sociale et cadres de santé.

Directions de travaux de recherche et de thèse.

Communications internationales aux congrès de Lausanne et Montréal (CIFAS)

Participation aux Journées nationales UHSA d'Orléans, animation d'ateliers.

Contacts réguliers avec CSAPA et RAMIP.

#### **Sur l'année écoulée :**

Des objectifs fixés n'ont pas été atteints :

- Eclairage quant au parcours des patients incarcérés et qui font l'objet d'une mesure de soin sans consentement en milieu libre, y compris 122-1.

- Retard dans la mise en œuvre du protocole de la permanence des soins pour les prisons avec risque de situations confuses dans les interventions sanitaires (deux FEI). On ne déplore toutefois aucun incident ou accident médico légal dans cette période de transition.

- Difficulté à obtenir des moyens supplémentaires dans le cadre de la convention addictologie-CSAPA de 2014.

- L'éloignement des structures et leur accès difficile pénalisent la réalisation de travaux et d'interventions (poste informatique SMPR Seysses).

- Report en février 2018 de la première Journée psychiatrie-justice.

Ont été réalisées ou appliquées :

- Révision du règlement intérieur de l'UHSA.

- Installation du portique de contrôle des détenus à l'UHSA.

- Ouverture des Unités de Vie familiale au CD de muret et modifications de circulation.

Problématiques nouvelles :

- Modification du régime d'affectation aux cellules SMPR par le Directeur de la maison d'arrêt (entraînant l'allongement des délais d'admission à l'HJ de Seysses).

- Hospitalisations sur demande de psychiatres experts.

#### **Perspectives 2018 :**

##### **Sur le plan général :**

Vigilance à maintenir pour que tous les postes des effectifs non médicaux soient pourvus.

Gestion rapprochée des effectifs médicaux avec la DRH.

Optimisation de la gestion des budgets délégués.

Groupe de travail pluri-professionnel type EPP sur le thème des sortants de prison (CRIAVS-SMPR, secteurs du CHGM) et sur le parcours de soin des patients incarcérés.

Groupe de travail santé/justice.

Rédaction du règlement intérieur du SMPR et antenne.

##### **UHSA :**

Créer un poste d'interne sur l'aile A.

Déploiement d'un module de formation spécifique pour les nouveaux personnels de l'UHSA. Poursuite de la réflexion et de la mise en œuvre des préconisations suite à RMM et diagnostic RPS : aménagement des locaux + sessions d'analyse des pratiques.

##### **CP Seysses :**

Mise en œuvre définitive de l'avenant sur la permanence des soins CP Seysses.

Finalisation livret d'accueil de l'hôpital de jour.

Renfort de l'équipe addictologie avec un coordonnateur.

Participation au projet Quartier de Préparation à la Sortie.

##### **Coordination régionale :**

Maintien des rencontres + une journée de formation.

Poursuite du blog mais arrêt du forum.

##### **CD Muret :**

Poursuite de l'ajustement des pratiques au vu des besoins nouveaux.

Visibilité des prises en charge AVS à Muret.

Remplacement de l'AMA.

##### **CRIAVS :**

Poursuite de la représentation au niveau national.

Réflexion sur mise en place Réseau Ecoute Orientation (numéro vert).

Recherche-action sortants de prison.

Pour l'ensemble des services, poursuite d'un travail de partenariat au quotidien et dans les instances avec l'Administration Pénitentiaire.

Synthèse par Dr CHAIX Catherine, le 10 mars 2018,

Avec la participation de Karine DONADIEU et Marc CAMPANER.

Des bilans détaillés pour chaque structure interne sont disponibles.

## RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE ANNEE 2017

### PÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE

#### BILAN

OBJETIFS	ACTIONS MISES EN ŒUVRE	OBSERVATIONS
<p><b>PMT</b></p> <p>Animer le groupe de travail sur les séjours longs</p> <p>Animer le groupe de travail sur le projet de Dispositifs de Psycho réhabilitation</p>	<p>4 réunions des équipes des unités de suite. Echanges réguliers sur l'utilisation du guide parcours patient. Quelques modifications apportées. Travail de préparation de mise en place de la commission d'admission en unités de suite, en lien avec le coordonnateur social</p> <p>Travail sur la mise en place d'un centre ressources en réhabilitation psycho-sociale et la reconfiguration des unités de suites</p>	<p>Groupe 1 : ex-séjours longs, animé Dr Boucard, Mme Brami, Mme Bonnet</p> <p>Le trio de pilotage s'est réuni 6 fois pour coordonner le tout.</p> <p>Groupe2 : Piloté par le Dr Gallet et J. Courtade 6 réunions durant l'année</p>
<b>USLD MARCEL RISER</b>		
<p>Nombre d'entrées : 9</p> <p>Nombre de sorties directes : 6</p> <p>Population accueillie : 47 patients dont 3 de moins de 60 ans</p>		
<p>Faire aboutir le projet d'extension de l'USLD</p>	<p>Construction d'une unité de 80 lits composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Une unité de 22 lits pour patients âgés avec des pathologies psychiatriques, dépendants ou présentant des troubles mentaux</li> <li>-Une unité de 14 lits d'UHR pour patients âgés avec la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement sévères</li> <li>-Une unité de 44 lits pour patients d'USLD gériatrique (autres pathologies somatiques et soins palliatifs) au 1<sup>er</sup> étage</li> </ul> <p>Septembre 2016 : début des travaux, construction en 16 mois</p> <p>Mars 2017: visite de la chambre témoin</p>	<p>Déménagement prévu le 13 mars</p>

Cette construction neuve en totalité est réalisée sur le terrain à côté de Riser adaptée à nos besoins. Toutes les chambres sont individuelles avec salle de bains. Un jardin privatif clos et adapté pour chaque unité avec parcours de marche et une grande terrasse à l'étage avec mobilier extérieur. Un environnement sécurisé et rassurant avec un lieu de vie commun. Salon des familles convivial à l'entrée de la structure

- Réunions régulières avec les directeurs et plusieurs services de la DLP (cuisine, blanchisserie, travaux, achats...)
- Information sur le projet donnée aux familles au CVS de juin 2017
- Personnel : nombreux entretiens en vue du recrutement des nouveaux agents (24)
- Elaboration de nouveaux plannings
- Formation : achat de formation-action pour tout le personnel
- Ecriture du projet de soins et présentation aux instances
- Redaction d'un contrat de séjour et règlement intérieur pour JDS (USLD et UHR)

Développer les liens avec le réseau personnes âgées de la Haute Garonne

Participation de Mmes Courtade et Bourrel aux réunions GH « filière gériatrique » (Pole inter établissement de gériatrie en projet pour 2018)

Participation aux réunions des MAIA de Toulouse (Me Bourrel, Guillamot et Courtade)

Mettre en œuvre les axes d'amélioration du projet de soins

Certification en février 2018 :  
-Audit patient traceur  
-Problème d'intimité des patients dans les chambres doubles dans le pavillon Riser

Déménagement prévu le 13 mars

Maintenir et poursuivre l'augmentation du PATHOS et GMP

Pas de nouvelle coupe pathos réalisée en 2017

Les modifications du GIR ont été transmises au conseil départemental comme tous les ans

#### CABINET DENTAIRE

Poursuivre le développement de prévention, de dépistage et de sensibilisation (Inscrit au CPOM : actions d'éducation à la santé)

8 unités → 97 patients

= Augmentation de **58,76 % de visites de dépistage par rapport à 2016**

Calendrier prévisionnel réalisé sur l'année

Ateliers bucco-dentaires : en

Poursuivre les formations DPC en hygiène bucco-dentaire	8 Unités visitées = augmentation de 2 unités Aucune programmée en 2017	2018 des ateliers seront menés à Chaurand. En fonction de l'évaluation ils seront déployés dans les autres unités.
Travailler sur les rendez-vous non honorés et proposer des axes d'amélioration	-RDV pris : 1 297 (+17.5%) -RDV annulés et non honorés : 208 (-2.35%) -Entre juillet et décembre : 87 RDV annulés et non honorés pour 62 patients différents -RDV Honorés : 1 089 (+22.22%)	Depuis juillet 2017, suivi d'une comptabilisation du nombre de patients pour lesquels les RDV ont été annulés ou non honorés
Projet stérilisation : élaboration et mise en œuvre en partenariat avec le CHU	Bonne collaboration avec le service de stérilisation du CHU Formation et sensibilisation des professionnels du CHU à l'identification et l'utilisation des instruments dentaires (40 agents en janvier et février 2017).	On constate une diminution très nette des erreurs. Bonne communication avec le pharmacien responsable et prise en compte immédiate des erreurs ; le lien collaboratif perdure.
<b>CELLULE HYGIENE</b>		
Améliorer les résultats du tableau de bord de l'ILIN (indicateur ICALIN, voir CPOM)	Suivi personnalisé des ICSHA par unité de soin présenté en réunion des correspondants et dans chaque revue de contrat de pôle par le service qualité. Action suite à l'audit « hygiène des mains » 2016 : <u>Dotation des unités de soins en petits modèles de flacons de solutions hydro alcoolique</u> Semaine sécurité des patients : flyer « hygiène et prévention des infections nosocomiales » distribués dans les unités 28 Suivis hygiène dans les unités	ICALIN 2016 : A (66.5points/100) ICSHA 2016 : D (37.8%)
Préparation de la certification V2014 (références 6d-7d-7e-8g-8k)	Intégration des documents hygiène dans la GED et rédaction du <b>Manuel Qualité Risque Infectieux</b> Révision du manuel <b>RABC</b> en collaboration avec le service blanchisserie <u>Mise en œuvre du plan d'actions DASRI (suite à audit 2016)</u> -mise en conformité du local centralisé en collaboration avec la	Baisse de production des DASRI sur 2017 de 16 % (1.7t versus 2t)

Initier une réflexion d'éducation à la santé sur l'établissement (1 <sup>er</sup> IST)	DPL : affichage, procédure d'entretien et traçabilité - Une action a été entreprise auprès du prestataire Veolia pour que la traçabilité des déchets (pesée et signature) soit de 100% -Elaboration d'un quizz d'aide pour l'identification des DASRI destinés aux soignants - Des rappels réguliers sont faits pour l'identification du local (pictogramme) <u>Sollicitation des correspondants en hygiène pour communiquer à leur équipe les bonnes pratiques d'hygiène</u>	Documents de preuve : feuille d'émergence
Poursuivre les actions en lien avec l'unité nutrition :	Action suspendue en 2017  Formation des référents alimentation-nutrition (formation validée par la cellule formation continue) 1 formation test de 2 jours 1/2 : 15 professionnels  Protocole d'ateliers cuisine thérapeutique revu  <b>ASH Niveau 1 : 3 formations = 22 agents</b> <b>ASH Niveau 2 (approfondissement) :</b> 4 formations = 16 agents <b>ASH 6 unités de soins : Formation pré-impregnation et test chariot</b>  <b>Ambulanciers = 2 formations = 6 agents</b>  <b>Correspondants (IDE, AS)</b> Formations- actions des correspondants : 2 réunions IDE/AS = 52 agents (antiseptie d'une plaie, d'une muqueuse, prélèvement sanguin, pose d'une sous cutanée, BMR)	Réfléchir sur la reprise de cette action dans le cadre du projet « Education à la santé »  Calendrier prévisionnel pour 2018  Ateliers cuisine thérapeutique développés en Hôpital de Jour  <b>Au total = 10 sessions de formations</b>  Avec 59 agents formés + 52 agents (formations- actions)  Calendrier prévisionnel pour 2018
<b>MEDECINE GENERALE</b>		
Nombre d'observations médico somatique en 2017 : 8336. Une diminution de 1000 consultations par rapport à 2016 à 9303. (Causes : temps médical en baisse et les observations faites par les internes sont dans les observations médicales psychiatriques.)  Intégration dans le groupe      Rencontre avec les acteurs      L'accueil des patients de psy		

« urgences » du GHT	sera discuté en fin 2018 - début 2019
Poursuivre la formation pour les internes	Formation sur 1/2 Journée au début de chaque semestre
Valider formation continue et démarche de qualité	EPP fausse route finalisée
Définir le rôle et les missions du médecin généraliste au sein du CHGM	Document à finaliser précisant l'articulation avec la médecine du travail et les psychiatres. Rôle et missions du MG ébauchés et proposés pour le temps où il y a carence en temps de MG.
Travail sur le projet de la consultation patient non communicant	Rédaction du projet. Visites Niort et Etrampes.
Améliorer la qualité de la PEC des pathologies somatiques chroniques	Création d'une cible dans le dépistage et suivi dans l'observation somatique. Dans les unités de suite, ce suivi est structuré par les équipes.
<b>PHARMACIE</b>	
Arrêté de 2011 (objectif institutionnel): -Finaliser l'organisation autour des médicaments à risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>LB pilote opérationnel de la prise en charge médicamenteuse : pilote stratégique et opérationnel.</li> <li>Pilotage du groupe pluri professionnel de sécurisation des médicaments à risque : 5 réunions. La liste a été définie, les risques identifiés, les moyens de prévention aussi. La communication a été assurée par le pilote vers les cadres et médecins et portée dans chaque service par les préparateurs.</li> <li>Pilotage de l'organisation de la chambre des erreurs pour la 3<sup>ème</sup> année consécutive. Groupe constitué d'internes en pharmacie, préparateur et IDE référents (UHSA et UCHA)</li> </ul>
Organiser les sensibilisations aux erreurs médicamenteuses	<p>Composé de : psychiatres, cadres de soins, IDE référents pharmacie, préparateurs, ingénieur qualité, pharmacienne</p> <p>134 participants en 2017. Taux de satisfaction : 98 %</p>
Iso 9001 : -Obtenir la certification (inscrit au CPOM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certification obtenue en octobre 2017 après audit initial en juin et levée des</li> </ul>

par le bureau Véritas	réserves liées à deux non-conformités. <ul style="list-style-type: none"> <li>Un pré-audit en février a permis de faciliter le travail.</li> </ul> <p>1 revue de direction 1 revue tous processus 7 réunions d'analyse des non-conformités 4 audits internes 11 réunions de processus</p> <p>Une centaine de documents insérés dans Qualdoc.</p>	<p>Pharmacie clinique : -Renforcer les liens entre préparateurs et infirmiers</p> <p>-Etudier la faisabilité de créer des actions de conciliation médicamenteuse</p> <p>Projet « collectif pharmacies hospitalières en Midi-Pyrénées » : -Participer au déploiement du projet</p>
Les acteurs se sont bien appropriés la démarche. Son intérêt est apprécié. Des évolutions sont d'ores et déjà envisagées afin d'être plus efficient.	<p>1 revue de direction 1 revue tous processus 7 réunions d'analyse des non-conformités 4 audits internes 11 réunions de processus</p> <p>Une centaine de documents insérés dans Qualdoc.</p>	<p>Communication auprès des US sur les projets pharmacie de février à juillet : 20 US → 58 rencontres (présentation dans les unités pilotes + les autres).</p> <p>2 réunions référents unités pilotes (juin et octobre 2017).</p> <p>Réalisation par les référents PPH d'un suivi pharmacie dans les US : 46 unités visitées (en appui une check list de conformités sur le médicament, DM, Kit d'urgence...) nov. à déc. 2017.</p> <p>3ème édition de la chambre des erreurs.</p> <p>Participation des préparateurs aux RMM sur les erreurs médicamenteuses dans les US et au projet des Jardins des Silos.</p> <p>Abandon de l'activité après le départ de l'interne qui avait « testé » la faisabilité</p>
Cette année plus particulièrement, les préparateurs ont développé des liens durables avec les équipes soignantes autour de projets communs (sécurisation du circuit du médicament, contrats de soins, certification V2014, EPP administration...)	<p>Communication auprès des US sur les projets pharmacie de février à juillet : 20 US → 58 rencontres (présentation dans les unités pilotes + les autres).</p> <p>2 réunions référents unités pilotes (juin et octobre 2017).</p> <p>Réalisation par les référents PPH d'un suivi pharmacie dans les US : 46 unités visitées (en appui une check list de conformités sur le médicament, DM, Kit d'urgence...) nov. à déc. 2017.</p> <p>3ème édition de la chambre des erreurs.</p> <p>Participation des préparateurs aux RMM sur les erreurs médicamenteuses dans les US et au projet des Jardins des Silos.</p> <p>Abandon de l'activité après le départ de l'interne qui avait « testé » la faisabilité</p>	<p>Les travaux du Collectif ont servi à rédiger le projet pharmaceutique du projet médical du GHT.</p> <p>Élargissement du travail avec certains collègues de Languedoc-Roussillon</p>
Ils sont identifiés et reconnus comme des personnes ressources dans les unités de soins.	<p>Abandon de l'activité après le départ de l'interne qui avait « testé » la faisabilité</p>	<p>*réunions du COPIL : 7 * animation de 2 réunions du bureau * constitution du groupe « référencement-achat-appvisionnement » en Occitanie avec réponse, au sein du GHT Haute-Garonne - Tarn ouest à l'appel à projet DGOS * accompagnement des GHT d'accompagnement des GHT (Mme Pasquet) de la convention</p>
Absence implication des équipes des unités de soins.	<p>Abandon de l'activité après le départ de l'interne qui avait « testé » la faisabilité</p>	<p>Les travaux du Collectif ont servi à rédiger le projet pharmaceutique du projet médical du GHT.</p> <p>Élargissement du travail avec certains collègues de Languedoc-Roussillon</p>

	<p>pharmacotechnie avec le CHUT.</p> <p>* déploiement des activités de pharmacie clinique : assistants de conciliation, réunions de lien ville-hôpital, lien avec le REIPO (pharmaciens d'officine) et l'équipe pharmaceutique du Gérontopôle, organisation d'une demi-journée « rencontres de pharmacie clinique en Occitanie » au moment des Rencontres du Vieillessement portées par le Gérontopôle.</p>	
<p><b>ETP (inscrit au CPOM)</b></p> <p>Déployer la mise en œuvre des «Ateliers du médicament », programme autorisé par l'ARS</p>	<p>1 session a débuté à Laborit puis a été interrompue (patients ayant déjà suivi le programme précédemment).</p>	<p>Pas de nouvelle demande pour débiter des sessions en ambulatoire.</p> <p>Une nouvelle session avec un nouveau groupe de patients a débuté en 2018 à Laborit.</p>
<p>Continuer les actions d'éducation du patient aux traitements médicamenteux</p>	<p>Les sessions dans les unités d'admission se poursuivent.</p>	<p>Participation très fluctuante des patients en fonction des unités de soins.</p>
<p><b>CLUD</b></p> <p>En 2017, le CLUD s'est réuni à 5 reprises en assemblée plénière, plus une réunion d'un groupe de travail (PEC de la douleur en CMP/CATTP). En fin d'année, les membres du CLUD se sont rendus dans toutes les unités d'hospitalisation continue afin de faire un point sur la PEC de la douleur en vue de la visite de certification.</p>	<p>- Finalisation de l'outil « Les incollables de la douleur », distribué dans les unités d'hospitalisation continue.</p> <p>- Rédaction et diffusion des recommandations sur la PEC de la douleur en CMP/CATTP.</p>	<p>Poursuite des travaux pour la certification V2014 de février 2018.</p>
<p><b>ELSA</b></p> <p>Finaliser le niveau 1</p> <p>-Après des patients :</p>	<p>Actes : 2275</p> <p>File active : 385</p> <p>Nb moyen de cs/patient : 6</p> <p>Synthèses patients : 7 en intra et 1 en extra (CPC)</p> <p>Recours et Orientations :</p> <p>-Recours : 71% viennent des admissions, 8% des unités de suite</p> <p>-Orientations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CSAPA : 5,4%</li> <li>▪ Perdu de vue : 6,7%</li> <li>▪ Fin de PEC : 42%</li> <li>▪ Continuent à être suivis :</li> </ul>	<p>Consultations intra-hospitalières et ambulatoires mais les cs ambulatoires ne sont pour l'instant pas financées.</p> <p>Beaucoup de demandes venant de l'extra ne sont pas honorées.</p> <p><b>Projet d'une mise en place d'une unité d'addictologie dans le cadre du PRS</b></p> <p><b>Lien avec l'ARS/PRS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 8% environ sont des CS</li> </ul>

<p>Développer les consultations d'addictologie (UHSA, UCHA, et HJ des Arènes : assurer la continuité de la PEC intra/extra)</p>	<p>33%</p>	<p>externes de patients que nous suivons après hospitalisation</p>
<p>Animer des groupes d'éducation à la santé en addictologie (inscrit au CPOM)</p>	<p>UCHA : 6 ateliers (moyenne de 6 participants par atelier)</p> <p>HJ des Arènes : 10 ateliers (moyenne de 4 participants par atelier) 29 patients touchés</p> <p><b>Ateliers d'éducation à la santé et de prévention de la rechute en addictologie :</b></p> <p>28 ateliers pour 45 patients</p> <p><b>Atelier au PAJA :</b></p> <p>7 ateliers pour 31 patients</p> <p><b>Groupes de paroles à Van Gogh :</b></p> <p>4 groupes (moyenne de 6 personnes par groupe)</p> <p>Nombre total de patients touchés : 23</p>	<p>2 IDE formés.</p> <p>Le lien se fait par le CLOPA</p> <p>1 IDE formé</p>
<p>Organiser la journée du souffle et actions de prévention (inscrit au CPOM)</p>	<p>UHSA Aile A : 11 patients/5 professionnels</p> <p>ATM : 51 participants</p> <p>Participation de l'intra-hospitalier uniquement cette année.</p>	<p>A été arrêté du fait du départ du psychologue du service VG</p> <p>Prévoir de mettre en place une participation sur toute l'année avec les services.</p> <p>Prévoir une participation aussi de l'extra hospitalier</p> <p>Mise en place du parcours santé et du théâtre forum</p> <p>rencontre ARS et CHS prévue en mars 2018</p>
<p>Liens avec les professionnels du CHGM :</p>	<p>MIG : 69</p>	
<p>Développer les actions de formations et DPC</p>	<p>7 cours 75 participants</p>	
<p>Formation interne</p>	<p>Stagiaires accueillis : interne, IDE, psycho, assistantes sociales :</p>	
<p>Développer et formaliser le travail de collaboration entre addictologie et psychiatrie</p>	<p>6 CLOPA,</p> <p>Participation mensuelle de l'ELSA aux réunions hebdomadaires (Cervantes, GDN, VG, Verlaïne, Claudel, Artaud, Prigogine)</p> <p>Nombre de patients discutés en synthèse : 7</p> <p>EPP Alcool et EPP PEC ados</p> <p>Mise en place des correspondants en addictologie :</p>	<p>Aide à la coordination et la prise en charge intégrée des suivis</p>
<p><u>Sensibilisations :</u></p>	<p>2 correspondants IDE/service</p>	<p>1<sup>ère</sup> réunion en février 2018</p> <p>Formation des</p>
<p><u>Réduction des risques et des dommages :</u></p>		



mise en place, présentation du projet au directoire et CME ainsi que l'évaluation	d'admission et de suite 1 psycho/1 assistance sociale/1 aide-soignante	correspondants prévue en 2018
Liens avec le réseau d'addictologie :	Rencontres et réunions : 15	-Groupe de travail « addiction et psychiatrie » axé sur les troubles cognitifs -Groupe de travail « ELSA Midi-Pyrénées »
o RAMIP	2 réunions d'organisation à l'HJ des Arenes	Prévoir de développer l'atelier si on peut augmenter les moyens
o Lien avec HJ Arènes	Groupe de parole de l'HJ des Arènes tous les mois depuis Février.	- 1 atelier/semaine - Des consultations externes
<u>Participer au niveau 2 du CHU</u>	2 Rencontres CHU+ Topo Hépatite C organisées au CH G Marchant	Dépistage hépatite C prévu en mars
	Nombre de patients ayant eu une consultation au CHU : 6	Difficulté d'accompagnement
<b>UNITE NUTRITION</b>		
Redéfinir la place des diététiciennes au sein de l'établissement :	En intra- hospitalier : →Référence par pôle : Présence hebdomadaire dans les unités de soins (suite et admission) à la rencontre des équipes + Pec et consultations patients adultes et pédo.	<u>Axes d'amélioration :</u> -l'évaluation de la prestation et de la satisfaction du patient (PEC repas) -l'évaluation des bonnes pratiques dans la préparation des produits (eaux gélifiées, dosages...)
-Services de soins (intra et extra)	UHSA : consultations ts les 15 jours -Participation aux réunions de préparation à l'ouverture des Jardins des Silos	<u>USLD :</u> - Poursuivre le travail de collaboration sur l'organisation de la gestion des repas -Accompagner les équipes dans la gestion des repas : de la commande à la distribution. -Evaluer de façon régulière le suivi des procédures et des MO
	En extra-hospitalier : HJ de Muret et Lalanne : consultations tous les 2 mois Pec patients en CPC /HJ adultes, ados et enfants.	- communiquer les résultats et axes d'amélioration aux équipes

Poursuivre le travail de collaboration et de coordination avec le service restauration	- Commission restauration - Test produits nouveaux marchés -Préparation ouverture JDS (choix chariots repas, gestion des repas...) -Projet traçabilité des allergènes -révision des menus enfants avec HJ pédo - préparation des menus des fêtes - projet GPAO (logiciel restauration). -étude nutritionnelle des repas « lisse » -liens avec commerciaux labo (Nestlé, Nutrisens...) - collaboration dans les projets et la mise en œuvre des formations des correspondants en hygiène et référents alimentation-nutrition	- Augmentation du Temps diét + 10% - Présence diététicienne : 1 jour/semaine en poste dans l'unité  Le Logiciel de restauration « Salamandre » que partagent le service restauration et nutrition a des fonctionnalités limitées car outil exclusif de production et très preneur de temps pour le recueil des données ainsi : -les diététiciennes ont toutes les trois un nombre de menus nominatifs qui varie suivant les périodes soit en moyenne 50 à 60 menus à corriger manuellement (déjeuner et dîner) chaque semaine ; ce qui représente une heure de travail minimum pour chacune par semaine.
	Collaboration dans le projet d'extension JDS « gestion des repas »	-Un menu nominatif doit être créé si le menu ne peut être commandé par l'unité avec la feuille commande des repas ou sur prescription médicale pour des cas particuliers (allergies, intolérances, menu sans résidu ...).  -la suppression d'un menu créé involontairement sur Salamandre prend du temps. - Difficulté de mise en place d'outils d'aide dans la gestion des repas (édition de fiches menus individuelles...).
		Travail engagé en 2016 et poursuivi en 2017 pour l'obtention d'un nouvel outil de restauration« DATAEAL» avec une interface Cortexte (commande des repas à l'entrée du patient). Cela

<p>Intensifier le lien de collaboration avec les unités de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Communiquer et sensibiliser les équipes</li> <li>-Participer aux temps de réunion clinique</li> <li>-Organiser des temps de rencontres avec le groupe des référents restauration</li> <li>-Former les référents en lien avec la cellule hygiène et le service restauration</li> </ul>	<p>- participation régulière aux temps de réunion clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-3 réunions spécifiques de fonctionnement sur la PEC nutritionnelle à l'UHSA</li> <li>- 3 réunions /an référents alimentation/nutrition et inclusion des référents dans les groupes de travail du CLAN</li> <li>-communication dans les Unités de Soins en intra sur le projet « féculents stocks »</li> <li>-formation référents alimentation-nutrition (15 participants)</li> <li>- participation à l'EPP fausses route et à l'animation de la journée de sensibilisation du comité EPP</li> </ul>	<p>devoir permettre une gestion des mouvements plus juste au plus près de la consommation. En prévision le plan alimentaire a été revu + le classement des fiches techniques+ la déclinaison des menus.</p>
<p>Calendrier prévisionnel de formation pour 2018 : 2 sessions</p>		
<p>Poursuivre les actions d'éducation à la santé en collaboration avec les unités de soins (inscrit au CPOM)</p>	<p>Projet Fraich attitude = 7 unités participantes dont 16 projets : HJ Lalanne, HJ Negreneys, PAJA, Laborit, ATM, UHSA A, Unité Nutrition (Nutri-info)</p> <p>Nutri-infos =33 patients/6 ateliers</p> <p><u>Ateliers nutritionnels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CPC Maignan: 3 ateliers + réunion de préparation + réunion bilan</li> <li>-HJ Marengo et HJ Condeau (tous les 2 mois).</li> <li>-PAJA (ateliers ponctuels).</li> </ul>	<p>devoir permettre une gestion des mouvements plus juste au plus près de la consommation. En prévision le plan alimentaire a été revu + le classement des fiches techniques+ la déclinaison des menus.</p>
<p><b>PEPICURE</b></p> <p>Prise de poste le 17/07/2015</p> <p>Temps moyen de soin par patient : <b>20 mn (USLD) à 40 minutes (Admissions / suite).</b></p> <p>Bilan du 18/07/2017 au</p>		
<p><u>Axes d'amélioration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Améliorer la communication avec les pavillons dans la prise en compte des RDV :</li> </ul>		

	<p>31/12/2017 : Nbre de patients pris en charge : <b>214</b></p> <p>Nbre de patients non honorés : <b>18</b></p> <p>En moyenne : <b>5 patients pris en charge par ½ journée.</b></p> <p>Délai d'attente au 31/12 : <b>5 semaines.</b></p>	<p>réfléchir à une meilleure coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Redéfinir les soins qui nécessitent une PEC par le pédicure et communiquer auprès des équipes soignantes (certains soins d'hygiène sur des ongles non-pathologiques peuvent être réalisés par des IDE)</li> </ul> <p>Difficultés à réaliser le roulement par pavillon dans des délais respectables. Le créneau d'urgence servait à limiter les délais d'attente et se faisait au détriment de l'USLD.</p>
<p><b>DIM-SP</b></p>		
<p><u>Information médicale et santé publique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Migrer Cortexte sur une plateforme Web</li> </ul>	<p>Participation au COPIL. Co-animation du groupe projet en interne.</p> <p>Formation de l'équipe à l'utilisation et aux paramétrages de l'application.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Animées par le DIM SP : 102 demi-journées ; 256 stagiaires.</li> <li>-Animées par Avenir conseil pour le déploiement de Cortexte FW: 144 demi-journées ; 568 stagiaires.</li> </ul> <p>Tests de versions et suivis des corrections et évolutions.</p> <p>Paramétrage de l'application. Conversion des maquettes. Réécriture des outils d'éditions quotidiennes.</p> <p>Elaboration des contenus des formations en collaboration avec la société de service.</p>	<p>Mai 2017 : L'échéance a été respectée : l'ensemble des utilisateurs est formé à quelques rares exceptions près (= absences de longue durée) et toutes les unités de soins ont migré en version Full web.</p>
<p>-Participer au développement de l'Hôpital numérique :</p>	<p>Publication des indicateurs de suivi : Documents de sortie.</p>	<p>L'objectif a été tenu : les indicateurs ont été transmis dans les délais.</p>

DMP	Le suivi de l'indicateur « document de sortie » est quotidien. Le 1 <sup>er</sup> DMP créé et alimenté pour un patient d'accord et sortant l'a été fin août. De fin août à fin décembre, le DIM SP a organisé le suivi des souhaits des patients par unité. Le dispositif de création et d'alimentation est encore centralisé au DIM pour affiner les tests.
-Messagerie sécurisée, télé-médecine, qualité des indicateurs requis	Communication des statistiques d'utilisation au CODIMEOS. -1624 tableaux de bord diffusés (données d'activité) -630 éditions de contrôles sur l'exhaustivité et la cohérence des données du DPE
-Faire évoluer les formations Cortexte au format DPC	Les formations initiales des IDE et des aides-soignants sont toujours dispensées sur le modèle du DPC.
-Produire les indicateurs d'activité d'aide au pilotage	Communication des indicateurs au CODIMEOS pour commentaires et suites à donner.
<u>Archives médicales :</u> Terminer les travaux de rattrapage sur les dossiers médicaux, pérenniser l'archivage annuel	Les dossiers ont été triés jusqu'en 2014. Les dossiers inactifs de 1996 et des décédés de 2006 ont été éliminés à l'exception de l'échantillon constitué pour les Archives du Département. Les documents médicaux à conserver ad vitam aeternam sont triés et conditionnés. Ils ont été versés aux AD. Indicateurs clés : -Documents éliminés : 800 kg -Boîtes réceptionnées en provenance des unités : 488 -Dossiers sortis à la demande des services : 552 -Dossiers traités : 6 992

temps au moins pour le mouvement des dossiers. L'AMA n'a pas souhaité renouveler son temps d'archiviste en 2018. Le poste est à pourvoir.	Le dispositif d'identité cryptée a reçu un accueil favorable des équipes mobiles adultes et infanto-juvéniles. La direction des soins a suspendu le déploiement sur le service de régulation (cf CODIMEOS)  Indicateurs : -Demandes de protection de l'identité : 65 -Fusions : 148 -Collisions : 26 -Créations inopportunes : 62 -Nombre d'EI d'identitovigilance notifiés : 4	Identitovigilance : Déployer la politique d'identitovigilance sur l'ensemble des unités	LABORATOIRE GCS HOPITAL J. DUCUING - CH G. MARCHANT Répondre aux exigences COFRAC	Accréditation selon la norme ISO 15189 pour 50% de l'activité obtenue en mars 2017 pour 5 ans  Etude de la reprise d'activité des 3 membres du GCS par le CHU de Toulouse dans le cadre de la constitution du GHT : en cours
			Perspectives d'avenir	