

ANNEXES

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2026-2030



SOMMAIRE

- **Projet médico-soignant** p.3
- **Projet psychologique** p.38
- **Projet qualité et gestion des risques, usagers, expérience patiente, et projet du comité local d'éthique** p.44



1

Projet médico-soignant



ANNEXES



Structurer et faciliter la prise en charge des urgences en ambulatoire

■ Contexte / diagnostic :

- Le CHE rencontre actuellement des difficultés dans la prise en charge des urgences psychiatriques en intrahospitalier, ce qui altère la fluidité des parcours.
- Les CMP sont en grande difficulté pour répondre à toutes les demandes avec des demandes de consultations qui augmentent chaque année. Les listes d'attente ne permettent pas toujours de répondre aux demandes de consultations urgentes, et ce d'autant plus que le temps médical est limité avec des difficultés de recrutement, accentuant les difficultés de prise en charge des urgences.
- Parallèlement, le BAI enregistre une augmentation du nombre de consultations en urgence, dont une part n'a pas lieu d'être et relève plus de l'organisation des CMP.
- Une unité d'urgences et de crise existe sur l'Eurométropole de Strasbourg, mais cette organisation ne peut pas répondre à toutes les urgences du territoire, et le sud du département ne dispose pas d'un dispositif de ce type.
- Les tensions sur les lits ne permettent pas toujours d'hospitaliser les urgences de façon précoce aggravant les troubles des patients. Par ailleurs, 30% des patients sont admis pour des durées inférieures à 72h, et pourraient bénéficier de prises en charge alternatives. La pression sur les lits oblige à prévoir des sorties rapides pour des patients qui auraient nécessité une hospitalisation plus longue et ne sont pas toujours suffisamment stabilisés.
- L'ensemble de ces éléments met en évidence la nécessité d'une clarification des circuits, d'une harmonisation des pratiques et d'une facilitation de la prise en charge en urgence en structures extra hospitalières,
- Dans ce contexte, le CHE souhaite mettre en place une organisation plus pertinente des urgences psychiatriques sur son territoire, ce qui permettra une prise en charge précoce, graduée et différenciée sur les CMP, en lien avec l'Unité d'Urgences et de Crise de Strasbourg et avec le SU du CH de Sélestat.
- Ceci permettra d'améliorer la réactivité, la pertinence des orientations, et la qualité du parcours patient.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise, en lien avec les partenaires, à clarifier les modalités d'adressage et d'admission au CHE, et d'élargir / structurer l'offre d'urgence et de crise en structures du CHE extra hospitalières (Centres de jours de Strasbourg-Sud et de Sélestat).
- Il est ainsi prévu de travailler les procédures en place pour faciliter l'adressage, de créer des structures innovantes pour réduire les délais de premières consultations, et d'augmenter les capacités de prise en charge des patients en crise pour éviter des hospitalisations, (Création d'HDJ de crise, et de CMP renforcé).

■ Objectifs attendus :

- Fluidifier et clarifier les parcours des patients orientés en urgence au CHE (procédures avec établissements partenaires, CPTS, médecins traitants)
- Améliorer la prise en charge des urgences dans les CMP
- Fluidifier le parcours patient
- Réduire les hospitalisations non urgentes / évitables

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026 :
 - Améliorer le suivi de l'activité et des patients pris en charge – statistiques et données :

- Poursuivre la création et la fiabilisation des tableaux de bord (BAI et CMP)
- Intégrer la cotation « urgence » dans DPI (activité de consultation)
- Renforcer les collaborations avec les médecins généralistes :
- Elaborer, diffuser et analyser un questionnaire à destination des médecins généralistes, via les CPTS, afin de mieux cerner leurs besoins
- Mettre en place des temps d'échanges avec les CPTS et les médecins généralistes du territoire
- Proposer un plan d'actions pour mieux répondre aux besoins identifiés
- 2027 :
 - Améliorer l'adressage et les prises en charge des patients au centre de jour de Sélestat, en lien avec les partenaires
 - Urgences Adultes : Elaborer un logigramme Urgence
 - Urgences Mineurs : Mettre en place la procédure en cours « adressage mineur de moins de 12 ans pour département-secteur GHT 10 » et élaborer un logigramme Urgence
 - Constituer deux groupes de travail distincts pour déterminer les moyens nécessaires à la création d'un CMP renforcé sur le CMP Pinel et d'un HDJ de crise sur le CMP de Sélestat
 - Objectif CMP renforcé : augmenter la capacité à prendre en charge les patients « urgences debout » et éviter les hospitalisations par une meilleure prise en charge en amont
 - Objectif HDJ de crise : renforcer l'offre de soins et de limiter le recours à l'hospitalisation à temps complet
- 2028 :
 - Mettre en place un projet de Centre de consultation ambulatoire qui desservirait les patients de l'Eurométropole Strasbourg Sud et permettrait de traiter les nouvelles demandes dans un délai raisonnable et de proposer des soins pour les personnes ayant des besoins aigus non chronicisant
 - Travailler sur l'attractivité médicale : Réorganisation médicale intra-extra, Répartition médicale, Internes
- Poursuivre les groupes de travail pour anticiper la mise en œuvre des CMP renforcé et HDJ de crise (organisation spatiales, RH, parcours patients, visibilité de l'offre, etc.)
- 2029 – 2030 :
 - Créer le CMP renforcé sur le CMP Pinel
 - Créer de l'HDJ de crise sur le CMP de Sélestat
 - Evaluer le fonctionnement des nouveaux dispositif (indicateurs, questionnaires de satisfaction patients / professionnels, etc.)

■ Les indicateurs de réalisation :

- Indicateurs des tableaux de bord :
- Nombre d'admissions au BAI (Adultes) : Motifs de consultation ; Renvoyées à domicile avec contact CMP ; Renvoyées vers MCO pour PEC (au SAU, en service MCO), renvoyées vers MT
- Nombre de consultations « Urgence » en CMP (recueil DIM) : Adultes et mineurs
- Nombre de FSEI (+/- REX) en lien avec le parcours du patient
- Nombre d'internes
- Satisfactions patients / professionnels

Améliorer le lien et l'articulation entre l'intra et l'extrahospitalier

■ Contexte / Diagnostic :

- › Les unités d'hospitalisation complètes ont souvent des difficultés à s'articuler avec les CMP, ce qui favorise le risque de rupture des soins en fin de prise en charge et/ou en fin d'hospitalisation représente une réelle perte de chance pour les patients.
- › Les causes identifiées, par les professionnels de santé et les usagers du CHE, empêchant un parcours de soins fluide, sont les suivantes :
 - Non connaissance des soignants entre l'intra et l'extra hospitalier
 - Manque de coordination dans l'accompagnement à l'admission ainsi qu'en préparation à la sortie (dont prescription de sortie pour suivi extra hospitalier)
 - Manque de facilitateur de lien et d'outils de communication entre les médecins, les équipes, la famille
 - Complexité des démarches administratives (dont lettres de relai) lors des changements de sectorisation
- › L'identification d'une personne intermédiaire coordinatrice permettrait de lever ces obstacles et de faciliter les échanges entre les équipes médicales, les familles et les partenaires extérieurs.

■ Descriptif du dispositif :

- › Le dispositif vise à la création d'une nouvelle fonction d'IDE coordinateur de parcours, rattaché aux centres de jour des pôles adultes à hauteur de 2 ETP par pôle (EMSS et PAC),
- › Sous supervision du chef de service, les missions de l'IDE coordinateur porteront principalement sur l'accompagnement des patients avant, pendant, et après leur hospitalisation, ainsi que sur le maintien du lien entre les professionnels de santé intra et extrahospitaliers.

■ Objectifs attendus :

- › Fluidifier le parcours patient et éviter les ruptures de soins
- › Eviter les ré hospitalisations rapides et les passages aux urgences psychiatriques inadéquats
- › Fluidifier les liens entre les équipes médico-soignantes intra
- › Effectuer un travail de pédagogie auprès des équipes intra et extrahospitalières
- › Améliorer la communication avec la famille

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- › 2026 :
 - Identifier les responsabilités attribuées et écrire la fiche de poste de l'IDE coordinateur, exemples :
 - › Accompagner les patients et leur famille à chaque étape du parcours : de l'admission (hors urgence), à la sortie (ex. : organiser des visites des structures de soins extra en amont de la sortie pour les patients)
 - › Organiser la coordination avec des protocoles / outils, par exemple : des « check-list » à l'admission du patient, au cours et à la sortie d'hospitalisation au cours de l'hospitalisation du patient
 - › Gérer la liste d'attente des admissions prévues, et informer les intervenants à domicile de l'admission

- › Faire du lien entre professionnels : avec l'équipe pluridisciplinaire / ASS ; IDEL, médecin généraliste, associations d'aide, RDV suivi, somatique, lien avec les DAP si réalisées, etc.

– Dimensionner les besoins et financements

- › RH : 2 ETP par pôle adulte à valider, séniorité et profils souhaités (exemple : soignants de l'extra avec expérience en intra)
- › Matériel : locaux, véhicules, outils informatiques
- › Budgéter et valider les financements

– Lancer le recrutement : 1 IDE coordinateur par CDJ

- › IDE venant de l'extrahospitalier avec une expérience intrahospitalière

› 2027 – 1re sem. 2027 :

- Lancer la prise en charge de patients par les IDE coordinateurs (attention marquée pour les primo-admissions)
- Faire connaître le rôle de l'IDE coordinateur et l'intégrer aux pratiques. Exemples :
 - › Organiser des présentations des rôles et missions des équipes extra en intra
 - › Assurer la présence des IDE coordinateurs aux réunions cliniques de l'intra hospitalier
 - › Mettre en place des temps d'échange intra / extra informels

› 2e sem. 2028 – 2029 :

- Ajuster le dispositif selon les retours patients, familles, et professionnels
- Compléter les compétences et diversifier les missions des IDE coordinateurs, en passant par la formation, exemples :
 - › Formation au « Case management »
 - › Formation de coordinateur de réseau
- Mener une réflexion autour d'une équipe mobile post hospitalisation

› 2030 :

- Pérenniser le dispositif

■ Les indicateurs de réalisation :

- › Recrutement des ETP
- › Nombre de présence des IDE coordinateurs aux réunions cliniques intra
- › Nombre de ré hospitalisations à la suite d'une sortie définitive
- › Enquête pour avis des soignants, des familles, et patients
- › Nombre de patients (dont primo-admissions) ayant bénéficié du suivi de l'IDE coordinateur
- › Nombre de formations proposées et d'agents formés

Optimiser et réorganiser la réponse aux besoins des patients en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte sur le Sud de l'agglomération strasbourgeoise

■ Contexte / Diagnostic :

- Le diagnostic concerne les structures extrahospitalières de deux pôles de soins psychiatriques géographiquement proches, mais distincts dans leur fonctionnement actuel : le pôle adulte EMSS et le pôle de pédopsychiatrie PEA
- Certains de leurs sites actuels sont vétustes et difficilement accessibles (pour les patients, et les professionnels). De plus, la dispersion actuelle des équipes, des compétences, et des moyens matériels entraîne des parcours fragmentés, des délais de prise en charge variables et une coordination parfois insuffisante entre les professionnels. En particulier :
 - Le pôle adulte (PEMSS) : fonctionnement des centres de jour (CJ) de Lingolsheim et d'Illkirch.
 - Accessibilité : difficultés d'accès en transport en commun.
 - Ressources médicales : absence de médecin tous les jours.
 - Personnel support (ASH) et équipes mobiles (Restart, EAR, somatiques) : pertes de temps dues aux trajets (multisites).
 - Bâtiment : le bâtiment d'Illkirch est vétuste et non conforme aux normes.
 - Le pôle pédopsychiatrie (PPEA) : fonctionnement des centres médico-psychologiques (CMP) situés dans le même secteur.
 - Offre de soins incomplète : impossibilité de proposer des hospitalisations de jour (HJ).
 - Visibilité : manque de lisibilité et de parcours cohérent pour les usagers.
 - Inadaptation des locaux : Le CMP de Lingolsheim est trop petit
 - Déséquilibre géographique : aucune structure de CMP n'existe actuellement sur Illkirch (il est excentré sur Erstein, faute de place)
 - Le CHE envisage le regroupement de plusieurs structures ambulatoires pour améliorer l'accès aux soins, optimiser la qualité et sécurité des prises en charge, assurer une cohérence et des parcours simplifiés, et renforcer l'attractivité de l'établissement.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif envisagé est une stratégie de regroupement et de modernisation des structures de soins afin d'optimiser le fonctionnement des pôles psychiatriques (adulte et pédopsychiatrie) sur le Sud de l'Eurométropole.
- L'ambition du projet est de transformer les structures actuelles fragmentées en une entité unique, moderne et performante autour de quatre objectifs majeurs.

■ Objectifs attendus :

- Organisationnel - Cohérence et Sécurité du Parcours : assurer une prise en charge complète dans un cadre respectueux des spécificités de chaque population.
- Faciliter la transition des soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
- Économique et ressources – Maximisation de l'efficacité : rationaliser les moyens pour améliorer la performance opérationnelle et la qualité du travail
- Usagers et qualité – Amélioration de l'expérience : rendre le dispositif plus accessible, visible et garant d'une qualité de soins élevée

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2e sem. 2026 : initialisation
 - Validation stratégique (projet et budget / financements dédiés), et constitution du groupe projet en charge du suivi du dossier.
- 1re sem. 2027 - Phase 1 : conception et recherche immobilière
 - Préciser les critères auxquels doit répondre le lieu (ex. : assurer une

meilleure accessibilité - via les transports en commun), et décider du lieu d'implantation (Illkirch, Osswald)

- Benchmark et recherche foncière (terrain ou bâtiment) en lien avec les collectivités locales

► 2e sem. 2027 – 2028 - Phase 2 : ingénierie et préparation au changement

- Etablir le cahier des charges techniques :
 - Créer un site complètement séparé entre le secteur adulte et le secteur enfant/adolescent, avec des entrées distinctes pour éviter le croisement des populations,
 - Regrouper sur ce site toutes les modalités de soins par secteur : CMP, HJ et CATTP
 - Créer un environnement physique unique pour favoriser l'échange, la collaboration, et l'harmonisation des pratiques professionnelles entre les équipes
- Optimiser les ressources et rationalisation des coûts :
 - Réfléchir à l'organisation de la centralisation de certains services (maintenance, hygiène, livraisons)
 - Elaborer des nouveaux projets d'organisation interne : réorganisation des ressources humaines en équipes pluridisciplinaires, construction d'un planning permettant une augmentation de la rentabilité de la présence médicale (plus de jours/heures de présence effective),
- Dimensionner et préparer les équipes : construire un plan d'accompagnement au changement

► 2029 – 2030 - Phase 4 : réalisation et déménagement

- Conduire le chantier et organiser la logistique finale,
- Déménager et ouvrir la nouvelle structure unique,
- Communiquer sur le dispositif et assurer une meilleure lisibilité/visibilité des pôles pour les patients et partenaires.
- Pérenniser le dispositif, évaluer les indicateurs de suivi et la satisfaction de patients et professionnels (enquêtes)

■ Les indicateurs de réalisation :

- Mise en œuvre :
 - Capacité d'accueil effective (Nombre de places HJ) et nombre d'activités mises en place par pôle (Adulte et Pédo) sur le nouveau site.
 - Nombre de patients suivis (CMP), taux d'occupation (HJ, CATTP) après 1 an
 - Évolution des coûts de maintenance et d'hygiène du nouveau site par rapport à la somme des coûts des anciens sites (N-1).
 - Score de satisfaction globale des patients (Adulte et Pédo) après 6 mois d'ouverture du nouveau site.
 - Nombre d'incidents de croisement ou de confusion entre les populations Adulte et Enfant/Adolescent.
- RH :
 - Nombre de jours/semaine de présence médicale effective sur le site (cible : augmentation par rapport aux anciens sites).
 - Taux de vacance des postes médicaux et paramédicaux après 1 an.
 - Taux de satisfaction des professionnels sur l'environnement de travail et la cohésion de pôle
- Accessibilité :
 - Satisfaction des usagers et des professionnels sur l'accessibilité
 - Évaluation de la réduction du temps de trajet pour les équipes mobiles (ASH, Restart, etc.).

Harmoniser les connaissances du secteur de la psychiatrie sur le territoire, par le déploiement de formations et d'informations auprès des partenaires

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Les troubles psychiatriques nécessitent des prises en charge spécifiques et adaptées. S'ils sont bien connus dans les établissements de santé spécialisés, leurs prises en charge peuvent être plus difficiles en structures non-hospitalières d'aval, surtout sur des sujets de situations complexes.
- ▶ Ce manque d'information et de formation peut engendrer des situations défavorables pour les patients, et pour les professionnels : repérage tardif de potentielles crises, mise en danger des professionnels et des patients, sentiment d'impuissance des professionnels, etc.
- ▶ Le CHE constate une méconnaissance réciproque des acteurs gravitant autour du patient, nécessitant un décloisonnement et des temps d'échanges :
 - Malgré la grande fréquence des troubles psychiques, beaucoup de ses partenaires manquent de connaissances sur la spécialité (diagnostics, filières, indications thérapeutiques, etc.), ce qui est partagé par certains partenaires en demande de formations et d'échanges plus réguliers (ex. : situations complexes, psychotraumatisme).
 - A l'inverse, les professionnels de la psychiatrie ne connaissent pas toujours les autres dispositifs sur lesquels ils pourraient s'appuyer (champ éducatif, social, soins somatiques, etc.).
- ▶ L'existence d'un pool de formation au sein de l'établissement, pour favoriser la formation interne et externe, encourager le partage de compétences et l'accès à la même information pour tous, constituerait une valeur ajoutée pour le CHE : à la fois pour le patient (amélioration des prises en charge en filière), pour les professionnels (plus à l'aise dans leurs pratiques), et pour tous (attractivité des professionnels et visibilité territoriale).

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à harmoniser l'information du champ de la psychiatrie entre les professionnels du CHE et de ses partenaires, via le déploiement de programmes de formation, la sanctuarisation de journées de rencontres dédiées à des thématiques spécifiques, des temps d'échanges réguliers ciblés avec ses partenaires, et l'organisation de congrès.
- ▶ Le CHE souhaite ainsi faire reconnaître son expertise via une accréditation, et en faire bénéficier les professionnels du territoire pour une meilleure prise en charge globale du patient.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Harmoniser les pratiques entre les professionnels du CHE et les partenaires (dont hors champ de la psychiatrie)
- ▶ La montée en compétence des professionnels du CHE et des compétences internes valorisées et reconnues en externe (accréditation)
- ▶ Une meilleure prise en charge du patient au sein d'une filière complète formée aux spécificités de ses troubles

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 : état des lieux et construction de l'offre
 - Dresser un état des lieux des compétences internes qui pourraient être ouvertes à l'extérieur (actions de formation, programmes, etc.).
 - Définir le périmètre de l'offre :
 - ▶ Identifier les besoins prioritaires de chaque pôle du CHE vis-à-vis de l'externe (partenariats, conventions, sujets prioritaires)
 - ▶ Dresser un état des lieux des partenaires potentiels et recueillir leurs besoins ; recueillir les besoins territoriaux identifiés par les CPTS
 - ▶ Proposer un pilotage institutionnel
 - Construire l'offre :
 - ▶ Déployer un catalogue de formations : médicales et paramédicales, selon les besoins identifiés en cadrage
 - ▶ Mettre en place des actions d'information pérennes selon des périodicités à définir : journées thématiques (ex. : rencontres autour de problématiques ciblées), temps d'échanges ciblés et réguliers avec les partenaires des champs médico-social ou social (ex. : sur des cas rencontrés)
 - Réfléchir à la structure juridique permettant au CHE d'accréditer ses formations et congrès
 - Etudier les modes de financements et de tarifications envisageables (objectif d'autofinancement)
 - En interne, améliorer la formation des équipes pluridisciplinaires sur les outils et dispositifs existants, pour fluidifier les parcours et les orientations
 - ▶ 2027 : expérimentation et déploiement
 - Créer l'offre et lancer les programmes de formation dans des structures partenaires expérimentatrices
 - Evaluer (retours d'expérience formés et formateurs), et ajuster l'offre
 - Déployer plus largement les programmes de formation aux partenaires
 - Ajouter des actions ciblées de formation par les professionnels du CHE dans les conventions EHPAD
 - Proposer les formations aux programmes et congrès DPC
 - ▶ 2028 : fiabilisation et opportunités d'élargissement de l'offre
 - Etudier l'opportunité d'ouvrir à d'autres champs (entreprise, secteur privé), en élargissant l'offre de formation en santé mentale
 - Pérenniser et professionnaliser l'organisation de colloques et congrès au sein de l'établissement
 - Adapter le site internet pour promouvoir l'offre du CHE, et développer un canal de publicité pour rentabiliser le service formation
 - ▶ 2029 – 2030 : pérennisation
 - Compléter et pérenniser les offres déployées
- #### ■ Les indicateurs de réalisation :
- ▶ Nombre de formations réalisées par an, nombre de personnes formées
 - ▶ Nombre de congrès réalisés par an
 - ▶ Par pôle, nombre de journées thématiques et rencontres partenariales destinées au partage d'informations
 - ▶ Retours d'expérience (questionnaires)

Mettre en œuvre le projet d'implantation de la MAS-UPRAMS, et construire son projet de soins

■ Contexte / Diagnostic :

- Le projet MAS-UPRAMS est un projet partenarial entre le CHE et l'ADAPEI-Papillons Blancs d'Alsace qui consiste à regrouper, dans un nouveau bâtiment du site principal du CHE, une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) gérée par l'ADAPEI, et une Unité Psychiatrique de Relais et d'Appui Médico-Social (UPRAMS) gérée par le CHE.
- Ce projet, initié dans le cadre du précédent projet d'établissement, répond d'une part à un manque de places en MAS sur le territoire, et d'autre part, à une inadéquation des patients de l'unité Jules Verne du CHE dans laquelle les durées moyennes d'hospitalisation sont très longues, dues au manque de places précité, en structures adaptées.
- A ce stade, l'organisation suivante est envisagée : une UPRAMS de 12 lits et une MAS de 26 places, dont 13 dédiés à la maladie psychiatriques et 13 aux troubles du spectre autistique, ainsi que 4 places d'accueil temporaire. Pour le CHE, un passage à l'UPRAMS de ses patients de l'unité Jules Vernes permettrait leur stabilisation, avant de pouvoir être accueillis en MAS (pour environ 10 places).
- Au regard du calendrier des travaux, le nouveau bâtiment MAS-UPRAMS devrait démarrer son activité au 1er semestre 2028. Si le programme et le calendrier des travaux est très détaillé, la question du calendrier du projet de soin de l'UPRAMS doit être établi.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise à planifier l'entrée dans les nouveaux locaux, penser le projet de soins en détails (niveaux stratégique et opérationnel), et décrire le parcours des patients qui seront accueillis.
- Cela induit notamment de structurer la mise en œuvre du projet avec l'ADAPEI-Papillons Blancs d'Alsace.

■ Objectifs attendus :

- Définir un projet de soin cohérent, en articulation avec la MAS
- Fluidifier les parcours des patients
- Proposer des séjours de répit en vue d'une observation et d'une réévaluation des traitements et des comportements.
- Bénéficier de solutions d'aval pour déchroniciser la patientèle.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- Premier semestre 2026 : cadrage
 - Créer un groupe de travail inter établissement (CHE et ADAPEI-Papillons Blancs d'Alsace) pour structurer la mise en œuvre du projet et s'accorder sur les principales directions stratégiques opérationnelles relatives aux soins et parcours patients, et fixer les échéances
- Deuxième semestre 2026 – premier semestre 2027 : élaboration du projet de soins
 - Créer plusieurs groupes de travail thématiques internes sur les différents volets qui constitueront le projet de soins
 - Exemples : adéquation fonctionnelle, parcours d'admission, parcours de sortie, lien avec les établissements médico-sociaux

de la région Grand-Est, aspects logistiques, etc.

- La composition des groupes sera à définir (ex. : professionnels médicaux, paramédicaux, agents techniques, représentants qualité, représentant des usagers)
- Chaque groupe définira des projets stratégiques qu'il déclinera opérationnellement pour faciliter leur mise en œuvre une fois que la structure sera en activité
- Mettre en place et animer les instances du projet de soins (Comité de pilotage, comité opérationnel)
- Ecrire le projet de soin
- Mettre en place la procédure d'admission
- Deuxième semestre 2027 : validation du projet de soins
 - Présenter et valider le projet de soins au sein des instances
 - Anticiper l'arrivée dans les locaux via le déploiement de formations en lien avec les items du projet soignant
- 2028 : mise en œuvre du projet d'implantation de la MAS-UPRAMS
 - Ouverture de la MAS-UPRAMS
 - Mise en œuvre du projet de soins
 - Apporter des ajustements si nécessaire, et assurer son suivi
- 2029 – 2030
 - Suivi de la mise en œuvre du projet de soin

■ Les indicateurs de réalisation

- Nombre de réunions inter établissements
- Groupes de travail internes constitués et nombre de réunions
- Projet de soins écrit et validé en instances
- Suivi des indicateurs du projet de soins et réalisation dans le calendrier prévu.

Développer les relations avec la médecine libérale (les CPTS notamment)

■ Contexte / Diagnostic :

- En santé mentale, les coopérations fluides entre les acteurs du territoire sont un enjeu majeur pour proposer le soin adapté limiter les ruptures et pertes de chance, et prévenir l'aggravation des troubles.
- Sur le territoire du CHE, le maillage territorial, nécessaire à l'optimisation des ressources et du parcours du patient, s'organise autour du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) du département du Bas-Rhin. Beaucoup de ressources sont disponibles mais il persiste la difficulté pour les acteurs de se connaître et d'articuler leurs interventions autour du patient : qui joindre, comment, quand et quelles informations partager-t-on ?
- Des Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont actuellement en place sur le territoire et permettent de regrouper en partie les professionnels libéraux et les établissements. En revanche, bien que vaste d'opportunités, ce dispositif est confronté à des problèmes persistants et freinant sa pleine exploitation. Il s'agit notamment de la répartition des temps de rencontres entre professionnels : la plupart des liens qui s'établissent sont de professionnels à professionnels avec des disparités et hétérogénéité importantes selon les services.
- Il apparaît nécessaire pour le CHE de poursuivre la dynamique de travail territorial engagée avec les professionnels libéraux, en travaillant sur le renfort des liens et la clarification de la communication et du partage d'informations.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise à renforcer les liens entre le CHE et les partenaires libéraux (CPTS), via la clarification des partenariats et attentes de chacun, et la mise en place de dispositifs y répondant (ex. : actions de formations, temps conviviaux pour se connaître). Il s'agit également d'améliorer le circuit d'informations sur la prise en charge du patient, en clarifiant les processus de communication (ex. : à qui s'adresser, comment, quelles informations nécessaires), et en identifiant des outils informatiques adaptés et facilitant.

■ Objectifs attendus :

- Clarifier et renforcer les liens entre les professionnels ville - hôpital
- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients
- Fluidifier les parcours et éviter les ruptures de prise en charge

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026 : renforcer les liens avec les CPTS
 - Rencontrer les différentes CPTS du territoire du CHE et cartographier leurs besoins (attentes-leviers-freins) et ressources : Strasbourg/Illkirch/Lingo (SEMSO), Erstein (Pays d'Erstein), Sélestat, Molsheim enfant (MOSSIG-vignoble)
 - Contractualiser avec l'ensemble des CPTS
 - Réunir un groupe de travail inter-structures : réfléchir à des projets, parcours, dispositifs, pouvant être mis en place pour mieux répondre aux attentes et fluidifier les échanges (formations, rencontres « informelles », formalisation de guides d'adressage, etc.)
- 2027 : mettre en place les dispositifs identifiés
 - Identifier des pilotes pour chacun des projets ciblés

- Lancer la mise en œuvre des dispositifs (liste non exhaustive, à compléter selon les besoins identifiés précédemment) :
 - Clarifier les processus de communication et d'échanges, selon différentes situations : identifier le bon professionnel libéral ou le bon professionnel du CHE pour un avis, définir le moyen de contact, etc.
 - Systématiser certains échanges clés (ex. : diffusion annuelle d'une synthèse au médecin référent sur la prise en charge du patient adulte, 1 acte = 1 courrier en pédopsychiatrie, etc.)
 - Proposer des formations et réunions d'information sur des thématiques ciblées (ex. : repérage de crise, situations complexes, pathologies spécifiques, suivi de retour à domicile, etc.)
 - Proposer des rencontres (physiques ou visioconférences) pour des staffs pluridisciplinaires sur des cas cliniques complexes
 - Donner de la vie au dispositif : organiser des moments conviviaux (ex. : formation suivie d'un cocktail en soirée), mise à disposition des locaux du CHE, organisation de webinaire, etc.
 - Permettre aux professionnels de la CPTS l'accès à certaines formations internes du CHE et favoriser la venue de ces professionnels aux colloques organisés par le Centre Hospitalier d'Erstein.
- 2028 : travailler la circulation d'informations – lien SDSI
 - Poursuivre et suivre la mise en œuvre des dispositifs, les évaluer et ajuster si besoin
 - Trouver un outil technique de communication et d'échange d'informations patients adapté pour tous (CHE et CPTS) :
 - Recenser les utilisations envisagées et contraintes de chacun (ex. : permettre l'échange de documents, ne doit pas alourdir la charge de travail, etc.)
 - Explorer les différentes solutions existantes (ex. : DMP ou outil de dictée facilitateur pour les synthèses, PARCEO pour la messagerie instantanée (demandes d'admission) et partage d'informations, OMNIDOC pour la demande d'avis, Pulsy pour la téléexpertise etc.) – en lien avec le SDSI
 - Mettre à disposition Psymap aux partenaires libéraux du CHE (médecins généralistes, psychiatres, psychologues)
- 2029-2030 : pérenniser l'existant et poursuivre le développement des partenariats
 - Mettre en place les outils informatiques choisis
 - Diffuser des enquêtes de satisfaction auprès des partenaires CPTS, et pérenniser les dispositifs mis en place
 - Explorer la possibilité de postes partagés entre la CPTS et le Centre Hospitalier d'Erstein.
 - Organiser des colloques annuels ville-hôpital, avec les CPTS

■ Les indicateurs de réalisation :

- Nombre de convention avec les CPTS
- Nombre de rencontres des groupes de travail
- Dispositifs mis en œuvre et leurs suivis (nombre de formations réalisées, nombre de moments conviviaux partagés, etc.)
- Outils informatiques mise en place et taux d'utilisation
- Amélioration des échanges entre le CHE et les libéraux (enquête de satisfaction)

Réduire les séjours longs et inadéquats dans les services d'hospitalisations complètes du CHE

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le terme « patients au long cours » désigne des patients hospitalisés dans une unité d'hospitalisation complète pendant un séjour de plus de 90 jours. Cela a de multiples conséquences, comme la désocialisation du patient, ou des coûts importants pour l'établissement.
- ▶ Ces séjours sont nombreux au CHE, ils représentaient en 2024 14,1% des séjours (contre 12% en moyenne des établissements publics nationaux, et 12,7% pour la moyenne régionale). En particulier, 49 patients (soit 1 patient sur 4) ont été présents au moins 292 jours, avec la majorité (41) d'entre eux dans le Pôle Eurométropole Strasbourg Sud (PEMSS).
- ▶ Les raisons de ces durées de séjours longues sont multiples et propres à chaque patient, mais quelques-unes sont particulièrement rencontrées au CHE :
 - Défaut de solutions d'aval : manque de structures d'hébergements pour les profils psychiatriques, des patients de -70 ans en attente de placement en EHPAD, difficulté d'accès au parc locatif de droit commun, stigmatisation de la psychiatrie pour l'orientation vers certaines structures (ex. : EPIDE)
 - Baisse des droits octroyés aux personnes sans papiers
 - Méconnaissance des dispositifs alternatifs par les professionnels du CHE
 - Désengagement des mandataires judiciaires
- ▶ Il apparaît nécessaire au CHE de chercher des solutions pour aider à la sortie d'hospitalisation de ces patients.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à diminuer le nombre de patients en « séjours longs » par, d'une part l'optimisation des actions des travailleurs sociaux du CHE (ex. : actions de coordination et dynamisation de l'organisation), et d'autre part, le développement d'opportunités d'orientations de patients dans des structures d'aval (ex. : contractualisation, déstigmatisation des troubles psychiatriques auprès du droit commun, recherche de nouveaux partenariats, innovation de modèle d'accueil, création d'appartements communautaires au sein du CHE).

■ Objectifs attendus :

- ▶ Diminuer le nombre de séjours longs (passage de 110 séjours à 80)
- ▶ Augmenter le nombre de baux signés directement par les patients
- ▶ Diminuer le nombre de ré hospitalisations de patients après placements
- ▶ Repenser le travail social avec une visée prospective

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 - 2027 : fiabiliser les travaux et partenariats existants
 - Etudier l'opportunité de créer un poste de cadre socio-éducatif
 - ▶ Pour épauler les assistantes sociales, coordonner leurs actions et dynamiser l'organisation de leurs interventions au sein du CHE
 - ▶ Arbitrer sur un redéploiement de personnel ou un recrutement

- ▶ Identifier les financements à solliciter
- Contractualiser avec les structures médico-sociales du territoire
 - ▶ Mobiliser les centres de jours (CDJ) : lien avec le coordinateur de parcours (GR 1) et le cadre du CDJ
 - ▶ Définir les voies d'adressage et le SAV
 - ▶ Définir des parcours d'admission dans ces structures
 - ▶ Proposer des formations aux professionnels sur les troubles psychiatriques
- ▶ 2027 - 2028 : étudier de nouvelles solutions
 - Créer des liens privilégiés avec des structures proposant des logements locatifs (contractualiser avec des bailleurs, logements associatifs), et privilégier la location d'appartement au plus proche des CDJ
 - Mettre en place des campagnes de communication pour déstigmatiser la psychiatrie, auprès des communes du territoire
 - ▶ Etudier les formats et canaux de diffusion les plus pertinents et efficaces
 - ▶ Objectif de pouvoir orienter des patients vers des structures et dispositifs du droit commun
 - Etudier l'opportunité de développer des partenariats avec de nouvelles structures (ex. : structures en Belgique, établissements hors contrat, familles d'accueil, etc.)
 - Etudier le projet de création de logements pérennes, appartements communautaires, au sein du site principal du CHE (sur le modèle semi intégratif de Sarreguemines)
 - ▶ A destination de patients chroniques et ayant des troubles du comportement majeurs (sans possibilité de placement en structure)
 - ▶ Définir le cadre juridique et la gouvernance : statut, portage (ex. : recours à un intégrateur)
 - ▶ Préciser le projet : nombre de places, localisation (ex. : Pavillon D8), organisation des équipes, intervention du personnel du CHE, gestion de la commission d'admission, etc.
 - ▶ Arbitrer sur la faisabilité d'un tel projet
- ▶ 2029 – 2030 : pérenniser
 - Pérenniser les actions engagées et suivre leurs mises en œuvre
 - Selon les conclusions de l'étude du projet de création des appartements communautaires sur le site principal du CHE : initier le projet, en lien avec le partenaire choisi, et la direction technique et des travaux du CHE

■ Les indicateurs de réalisation

- ▶ Recrutement d'un cadre socio-éducatif
- ▶ Nombre de conventions signées (incluant les nouvelles structures) et de patients placés en structures médico-sociales
- ▶ Nombre de baux signés par les patients
- ▶ Diminution des séjours longs (cible = 80 séjours)
- ▶ Diminution du nombre de ré hospitalisations
- ▶ Etat d'avancement du projet d'appartements communautaires

Créer une filière intersectorielle dédiée à la prise en charge du psychotraumatisme

■ Contexte / Diagnostic :

- La prise en charge des psychotraumatismes dans la population générale reste encore très insuffisante.
- Les agressions physiques et sexuelles représentent une problématique de santé publique majeure. En France, on estime qu'une fille sur cinq et un garçon sur huit en seraient victimes. Ces événements traumatiques entraînent des conséquences graves et durables sur la santé mentale et le développement des individus :
 - Pathologies à risque : Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT), troubles des conduites addictives, dépression, troubles du comportement, troubles de l'attachement et pathologies limites.
 - Impact Global : Ces troubles compromettent les relations sociales, l'intégration de l'individu et son développement psycho-affectif, avec des répercussions sur les fonctions cognitives.
- Si le repérage précoce des victimes est un enjeu clairement identifié, le suivi et la prise en charge ne sont pas encore suffisamment formalisés de manière continue. L'expérience montre que plus l'intervention thérapeutique est précoce (notamment chez l'enfant et l'adolescent), plus elle permet de minimiser la gravité des symptômes et d'optimiser le traitement et la guérison à long terme.
- L'établissement dispose déjà de professionnels formés au psycho traumatisme, en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte, avec un parcours expérimenté pour les adultes et une collaboration de recherche établie avec les HUS.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise à structurer une filière intersectorielle de prise en charge du psycho traumatisme, par :
 - La création d'une filière intersectorielle dédiée avec un dispositif de soins intégrés
 - La création d'un centre de ressource de proximité en lien avec le centre psycho trauma, avec des référents identifiés pour chaque CMP, une équipe identifiée pédiatrie/adolescent et adulte
 - Le développement d'une approche cohérente, coordonnée et pluriprofessionnelle entre toutes les équipes impliquées

■ Objectifs attendus :

- Créer une filière intersectorielle de soins intégrés dédiée, et structurer un parcours de soins complet du psycho traumatisme, avec des équipes spécialisées
- Assurer une continuité des soins et un suivi ininterrompu lors de la transition de l'enfance/adolescence vers l'âge adulte
- Harmoniser les pratiques entre les équipes impliquées dans la filière

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026 : diagnostic, structuration et dimensionnement
 - Diagnostic et Dimensionnement RH
 - Structurer la filière de soins intégrés pour la prise en charge complète du psychotraumatisme (pédopsychiatres, psychiatres adultes, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, psychomotriciens, etc.) et définir les quotités de travail (ETP) nécessaires pour dimensionner les équipes de pédiatrie/adolescent et adulte,
 - Identifier les ressources présentes au CHE, et celles nécessitant des recrutements
 - Diagnostic des pratiques
 - Réaliser un état des lieux (a) des pratiques réalisées au CHE, (b) des outils d'évaluation et (c) des formations utilisées.
 - Inventorier les manques pour cibler les besoins futurs
 - Partenariat stratégique
 - Officialiser la collaboration avec les HUS, et obtenir un appui technique du Centre Régional de Psychotraumatisme pour aligner les pratiques

– Administratif et financier

- Créer l'Unité Fonctionnelle (UF) pour formaliser et valoriser les activités sur le psychotraumatisme existantes et futures.
- Identifier des financements externes (Appel à Projets) pour les coûts initiaux (création de postes/quotités, formations, aménagements) et intégration dans le budget de fonctionnement courant après la phase de lancement

– Matériel et locaux

- Identifier des locaux pouvant être dédié au centre de ressources de proximité, garantissant la confidentialité, l'intimité et le confort.
- Acquérir/actualiser les outils d'évaluation standardisés, supports de thérapie

► 2027 – 2028 : Formalisation et déploiement

– Création du centre de ressource de proximité

- Définir le périmètre de prise en charge (critères d'inclusion, adressage, etc.)
- Formaliser les parcours pédiatrie/adolescent et adulte, et mettre en place des protocoles de prise en charge (du repérage à la sortie) : étapes de traitement, modalités de suivi, critères de sortie, etc.
- Identifier et, le cas échéant, former les référents psychotraumatisme dans chaque CMP

– Structuration de la filière psychotraumatisme soins intégrés du CHE

- Rôle : assurer la cohérence et la transition fluide des patients entre les prises en charge en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte.
- Définir son périmètre et ses modalités d'intervention

– Harmonisation des compétences et formation des professionnels

- Développer et dispenser une formation transversale aux professionnels intervenant dans la filière, pour harmoniser les pratiques et miser sur la complémentarité pluriprofessionnelle
- Dispenser des formations ciblées (ex: Thérapie Comportementale Dialectique) – sous réserve de financements dédiés

► 2029 – 2030 : Pérennisation

– Soutien et formation en externe

- Former et accompagner spécifiquement les aidants, les familles et l'environnement des victimes (dont les associations et structures sociales et d'accueil).

– Sécurisation et évaluation

- Instaurer des séances de Reprise et d'Analyse de Pratiques (APP) régulières (périodicité à définir).
- Evaluer les dispositifs mis en place grâce à des indicateurs de suivi, et à des questionnaires de satisfaction de la fluidité et qualité de prise en charge (patient, aidants/familles, structures d'accueil, et professionnels)

■ Les indicateurs de réalisation

- Ressources et structure : ETP attribués aux équipes pédopsychiatrique et adulte ; Convention de collaboration avec le Centre Régional de Psychotraumatisme (HUS)
- Formation et compétences : Nombre de formations harmonisées (ex : TCD) dispensées ; Taux de participation des professionnels aux formations ciblées ; Nombre de formations dispensées aux aidants / familles / structures
- Coordination et qualité : Nombre de réunions de coordination intersectorielle (pédo-adulte) par an ; Nombre de groupes / séances d'APP par an ; Nombre d'intervention de l'équipe de coordination et de transferts pédo-adulte réussis (sans rupture de prise en charge).
- Activité et satisfaction : File active de la filière (différencié pédo/adulte) ; Niveau de satisfaction des patients/aidants-famille/professionnels (via des questionnaires)

Renforcer l'action de l'Equipe de liaison intersectorielle psychiatrie-addictologie (ELPA)

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ La prévention et la lutte contre les conduites addictives est une priorité nationale. Une stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives (SIMCA) constituant un cadre stratégique national a d'ailleurs été publiée pour la période 2023 – 2027, et vise à faire évoluer les comportements et regards portés sur les pratiques addictives afin de conduire à une réduction durable des consommations.
- ▶ Les conduites addictives sont souvent liées à des pathologies psychiatriques, avec des consommations initiées de plus en plus jeune et pour lesquelles les patients sont stigmatisés. L'exposition à ces pratiques est d'autant plus importante dans les populations précaires.
- ▶ Par ailleurs, l'offre et l'accès aux soins pour prévenir et traiter ces pathologies et comorbidités restent insuffisants aujourd'hui. Sur le territoire du CHE, l'offre de soins est actuellement portée par les Hôpitaux Universitaire de Strasbourg, le Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai et le CHE (CSAPA, CJC, HDJA, ELSA, ELPA), mais n'est pas suffisante pour répondre aux besoins spécifiques de la population.
- ▶ Dans ce contexte, un des principaux enjeux du CHE et des acteurs médicaux et sociaux de son territoire, est de structurer les liens partenariaux et l'accessibilité à des soins en addictologie, pour le public spécifique psychiatrique ayant des conduites addictives.
- ▶ Le CHE, et en particulier le pôle ISIS, porte une équipe de liaison intersectorielle psychiatrie-addictologie (ELPA) qui intervient en intrahospitalier :
 - au lit du patient lors d'une hospitalisation (adressage par des professionnels ou à la demande des patients), pour faire du repérage précoce dans une démarche d'accompagnement (sensibilisation au risque, réduction des risques et des dommages, orientation vers des structures adaptées et suivi des patients dans l'intervalle)
 - lors de suivis post hospitalisations de patients souffrant de troubles associés (psychiatrie et addiction)

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à renforcer le rôle de la filière d'addictologie en développant les missions de l'ELPA, dans les termes suivants :
 - Renforcer les partenariats en interne, avec les structures extrahospitalières du CHE et la filière précarité. Un temps spécifique d'intervention au sein de l'EMPP permettrait de développer l'axe psy-addiction-précarité.
 - Renforcer les partenariats en externe, avec les structures sanitaires et médico-sociales portant l'addictologie sur le territoire (exemples : CSAPA, structures de médecine de ville, associations de familles / usagers).
 - Etendre les missions de l'ELPA aux adolescents à partir de 12 ans et aux jeunes adultes, avec une attention particulière aux adolescents des unités St Exupéry et Jeunes adultes

■ Objectifs attendus :

- ▶ Repérer et intervenir précocement auprès du public de

pédopsychiatrie et jeunes adultes, ainsi que leur entourage

- ▶ Développer la liaison précarité et l'expertise de l'ELPA
- ▶ Limiter les comorbidités : psychiatriques, somatiques et addictologiques

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 :
 - Définir la composition d'un groupe de travail dédié à la construction du projet de l'ELPA
 - Définir les nouveaux contours de l'ELPA, l'évolution du périmètre et de ses interventions
 - ▶ En intrahospitalier
 - ▶ En extrahospitalier
 - Estimer les besoins nécessaires à la mise en œuvre des projets : professionnels nécessaires (ex. : IDE, médecin), volumétrie des moyens souhaitée (nombre d'ETP par poste), besoins en locaux (bureau supplémentaires), etc.
- ▶ 2027 :
 - Identifier les appels à projet qui permettraient de développer les effectifs de l'ELPA (exemples : appels à projet FIOP, MILDECA)
 - Monter les dossiers d'appels à projet et postuler
 - Déployer les projets de l'ELPA non dépendants de moyens supplémentaires
- ▶ 2028 – 2029 :
 - Mise en place de la nouvelle organisation, selon les retours des appels à projet, et continuer le déploiement de l'ELPA
 - Suivre la mise en œuvre des projets via des indicateurs de suivi
- ▶ 2030 :
 - Suivre la mise en œuvre des projets et adapter l'organisation de l'ELPA si nécessaire

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Mise en place du groupe de travail
- ▶ Dépôt de projets en vue d'un renforcement de l'équipe
- ▶ Mise en place de l'équipe renforcée

Mettre en place une filière sommeil au CHE

■ Contexte / Diagnostic :

- Les troubles du sommeil sont une problématique de santé publique, touchant à la fois les patients suivis en psychiatrie mais également la population générale. Ils ont un impact majeur sur la santé psychique, constituant un facteur de risque cardio-métabolique. Ils ont un impact non négligeable sur l'état de santé, la qualité de vie mais aussi la capacité de travail des personnes concernées.
- Un sondage de l'Opinion Way réalisé en 2025 pour l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV) indique que 45% des Français sont confrontés à au moins un trouble du sommeil. Une feuille de route interministérielle « en faveur d'un sommeil de qualité » pour 2025 – 2026 a d'ailleurs été publiée et vise à sensibiliser la population à l'usage de bonnes pratiques tout au long des étapes de vie, mieux repérer les troubles, et encourager la recherche. Ainsi, parmi les enjeux actuels des troubles du sommeil se trouvent le renfort du repérage, du diagnostic, et de l'offre de soins.
- Ces dernières années, des consultations sommeil se développent pour répondre à ce besoin émergent. La Formation Spécialisée Transversale (FST) sommeil est désormais accessible pour les psychiatres dès l'internat.
- Cette activité a été initiée au CHE au sein de l'Unité de Prévention de Soins Somatiques (UPSS) par le biais de la polygraphie de dépistage du Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS). Elle s'appuie l'équipe UPSS (médicale et paramédicale) formée à la réalisation des polygraphies. Le CHE souhaite désormais prendre en compte d'autres pathologies du sommeil, et s'ouvrir au public.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise à développer la filière sommeil, via la mise en place d'une consultation dédiée, assurée par un médecin formé (généraliste ou psychiatre).
- Elle se concentrera dans un premier temps sur la création d'un parcours sommeil adulte intersectoriel déployé en intrahospitalier (activité de consultation). Si les moyens le permettent, elle s'étendra sur l'ouverture au grand public (avec réalisation de diagnostics et propositions de prise en charge), et au public enfants/adolescents.
- La filière s'inscrit sur les différentes étapes suivantes :
 - Repérage et diagnostic : les polygraphies continueront d'être réalisées à l'UPSS, dans l'attente des investissements nécessaires à la réalisation de polysomnographies, pour permettre le diagnostic d'autres pathologies.
 - Développement de l'offre de soins et d'accompagnement : individuel ou en groupe, avec de la thérapie cognitive et comportementale (TCC), de l'hypnose, de l'aromathérapie et des casques de réalité virtuelle.
 - Sensibilisation, prévention et éducation : Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) du sommeil.
 - Suivi : réévaluation du patient (consultation médicale, IPA)

■ Objectifs attendus :

- Mettre en place une filière sommeil au CHE, pour les patients intra adultes
- Extension du dispositif en fonction des moyens alloués avec ouverture au public ambulatoire et enfants / adolescents
- Améliorer la qualité des soins en psychiatrie par le dépistage

des facteurs de résistance et de décompensation des maladies psychiatriques et somatiques.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026-2027 :
 - Faire une cartographie des ressources formées au CHE, pour construire une offre de soins adaptée
 - Structurer et développer l'offre de soins de la filière sommeil :
 - poursuivre le développement de l'activité de dépistage SAOS (polygraphie du sommeil) à l'UPSS,
 - initier l'activité de consultation sommeil adulte à l'UPSS, par un médecin formé (médecin généraliste, psychiatre), et compléter la formation d'une IPA pour l'intégrer dans le parcours sommeil à 0,3 ETP (consultation de suivi).
 - structurer une offre de prise en soins individuelle ou groupale intégrant les outils disponibles (TCC, hypnose, CRV, aromathérapie, etc.), et y dédier des temps psychologue/neuropsychologue (0,4 ETP), et 1 ETP paramédical pour la mise en place des outils (aromathérapie, hypnose, CRV)
 - identifier et proposer des outils d'évaluation rapide des troubles du sommeil pour faciliter l'orientation vers le dispositif.
 - Former un référent sommeil dans chaque unité
 - Créer une UF dédiée Sommeil, et mettre en place un codage fiable de l'activité.
 - Réaliser un bilan annuel de fonctionnement de l'activité, via le suivi d'indicateurs, et réévaluer la pertinence et l'efficacité du dispositif.
- 2027-2028 :
 - Consolider et pérenniser le parcours sommeil en intrahospitalier.
 - Créer une consultation sommeil ouverte au public (adultes et enfants) – sous réserve du recrutement de médecins formés (1 ETP).
 - Acquérir les outils nécessaires aux nouveaux diagnostics (polysomnographie du sommeil et dans la formation correspondante), et à l'augmentation de l'activité de dépistage (2ème appareil)
 - Elaborer un dossier de demande d'autorisation ARS pour l'ouverture d'un lit fléché pour les enregistrements du sommeil.
 - Elaboration d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) sommeil avec dépôt de dossier ARS.
 - Participer à des actions de recherche (partenariat avec CHU, CH Rouffach).
- 2029-2030 :
 - Pérenniser les activités existantes
 - Déployer l'activité d'enregistrement du sommeil, sous réserve de l'autorisation ARS

■ Les indicateurs de réalisation :

- Création de la consultation en intra et ouverture en ambulatoire
- Nombre de consultations médicales réalisées
- File active
- Nombre d'enregistrements du sommeil
- Nombre de patients ayant bénéficié d'ETP
- Recrutement de personnel dédié (médecin, infirmiers, psychologues, etc.)
- Questionnaire de satisfaction des patients
- Evaluation financière des activités de consultation et ambulatoire

Périnatalité : définition d'une proposition en matière de développement de cette filière, notamment en matière d'hospitalisation complète ou d'hospitalisation de jour intensive

■ Contexte / Diagnostic :

- La psychiatrie périnatale au sein du CHE est en pleine expansion, portée par un travail partenarial solide et durable avec les différents acteurs du territoire. Cette dynamique entraîne et entraînera dans les prochaines années une croissance importante de la demande, ce qui oblige le CHE à anticiper et à structurer sa réponse pour garantir une prise en charge adaptée, cohérente et sécurisée.
- Les principales problématiques actuelles identifiées en périnatalité par les équipes du Pôle Périnatalité Enfance et Adolescent (PPEA), sont les suivantes :
 - Un nombre de lits disponibles au CHE et sur son territoire insuffisant pour répondre aux besoins et demandes
 - Les situations les plus complexes (ex. : femmes enceintes ou jeunes mères présentant des troubles borderline) nécessitent plus de lits dédiés en hospitalisation temps complet
 - L'équipe mobile périnatalité est conventionnée avec une unité d'hospitalisation complète aux HUS et à l'EPSAN pour hospitaliser les situations les plus à risque, mais certaines prises en charge intensives sont assurées par cette unité mobile, dispatchée sur différents CMP, ce qui entraîne un "saupoudrage" des ressources
- L'un des enjeux majeurs consiste à séparer les deux filières soins précoces et psychiatrie périnatale, afin de permettre à chacune de développer ses spécificités cliniques, organisationnelles et institutionnelles, en :
 - Préservant l'accès pour l'ensemble de la population du PPEA via l'unité mobile, tout en sécurisant un ou deux lits HTC pour les cas les plus complexes.
 - Séparant clairement la psychiatrie périnatale des soins précoces classiques afin que chaque dispositif développe sa spécificité.
 - Répondant aux besoins croissants liés aux vulnérabilités précoces du lien mère-enfant et aux pathologies émergentes.
- En particulier, la psychiatrie périnatale est une spécialité centrée sur la prévention, notamment pour le bébé, en contribuant à la sécurité affective, au développement harmonieux et à la réduction des risques relationnels précoces. Les besoins évoluent : il devient indispensable d'intégrer des outils de diagnostic très précoce des troubles du neurodéveloppement, en particulier des TSA, dont l'identification est désormais possible à des âges de plus en plus précoces.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise :
 - à créer d'un Hôpital de Jour (HdJ) intensif, reposant sur des modèles innovants de prise en charge pluridisciplinaire, pour éviter les hospitalisations complètes et préserver le lien familial.
 - à créer un « Laboratoire d'observation des interactions », qui constituera un pôle d'innovation pour la recherche et le diagnostic.

■ Objectifs attendus :

- Renforcer la spécificité de la psychiatrie périnatale et son attractivité
- Pérenniser et sécuriser la filière périnatalité
- Eviter des hospitalisations, par le développement des soins intensifs en ambulatoire
- Offrir un parcours coordonné et complet aux parents et à l'enfant, et réduire les pertes de chances
- Offrir les dispositifs les plus modernes et les plus efficaces sur la filière périnatalité

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026 : structuration de l'offre
 - Créer deux groupes de travail pour cadrer les projets d'HDJ intensif et

« Laboratoire d'observation des interactions »

- Evaluer les besoins
- Estimer les moyens nécessaires à leur création
- Définir les objectifs du projet

Exemples HDJ intensif : éviter des hospitalisations complètes ou réduire les délais d'attente d'un lit disponible, maintenir la dyade ou la triade dans son environnement familial ; en préservant le lien avec les proches ; offrir un cadre d'évaluation précis, utile pour les décisions cliniques à moyen et long terme ; autoriser, si nécessaire, l'intervention directe et rapide de la psychiatrie adulte dans un modèle réellement intégré

Exemples laboratoire :

- Recherche : produire des données et contribuer aux connaissances scientifiques sur les interactions précoces mère-bébé ;
- Évaluation et diagnostic : affiner l'observation clinique, soutenir les décisions thérapeutiques et développer des protocoles partagés ;
- Innovation : intégrer des outils numériques et des systèmes d'intelligence artificielle, déjà en cours de développement dans plusieurs protocoles de recherche. Il est essentiel que notre hôpital demeure à la pointe de ces évolutions, afin d'offrir aux familles les dispositifs les plus modernes et les plus efficaces, tout en renforçant l'attractivité de notre filière.

Déterminer les patients cibles :

Exemples HDJ de crise : patientes ayant un suivi antérieur au CHE et présentant une décompensation de pathologie chronique (permettre un suivi simultané de l'adulte en pôle et de l'enfant au PPEA)

- Se rapprocher du GHOS pour étendre les conventions hospitalières et compléter l'offre

2027 : Structuration de la mise en œuvre

- Poursuivre les groupes de travail pour anticiper la mise en œuvre des HDJ de crise et laboratoire : lieux d'implantation, organisations spatiales, RH, parcours patients, critères d'admission et de sortie, visibilité de l'offre, etc.
- Budgétiser les ressources nécessaires et les impacts du projet, et identifier des sources de financements
- Identifier un lieu d'implantation
- Etablir le cahier des charges technique pour préparer aux nouvelles activités
- Réaliser un benchmark de solutions IA / outils existants pour aider à l'analyse des vulnérabilités du lien au laboratoire d'observation des interventions. Evaluer pour chaque solution : la réponse au besoin, la facilité d'implantation et de mise en œuvre, la facilité de prise en main, les coûts, les opportunités de développement, etc.

2028 : lancement de la mise en œuvre

- Acquérir et implémenter la solution IA / outils
- Former les équipes (ex. : détection précoce des facteurs de risque, solutions IA / outils)
- Lancer la mise en œuvre du projet d'HDJ intensif

2029-2030

- Poursuivre la mise en œuvre de l'HDJ intensif
- Lancer le projet de « laboratoire d'observation des interactions »
- Evaluer et pérenniser les dispositifs

■ Les indicateurs de réalisation

- Evolution du nombre de facteurs de risque et troubles du neurodéveloppement détectés
- Réduction des hospitalisations
- Enquêtes de satisfaction des professionnels et patientes
- Evolution des taux d'encadrement
- Enquête de satisfaction / REX des professionnels et des patientes
- Solution IA / outil déployé

Prise en soins des enfants accueillis à l'Aide Sociale à l'Enfance

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Au niveau national, les données disponibles mettent en évidence une forte prévalence des troubles psychiatriques chez les mineurs, souvent associés à des parcours de vie marqués par des vulnérabilités sociales, familiales et éducatives importantes.
- ▶ Sur le territoire du Centre Hospitalier d'Erstein, la présence de nombreuses structures de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (foyers sociaux, lieux de vie et familles d'accueil) se traduit par l'accueil d'une population infantile et adolescente présentant des troubles psychiques majeurs et une vulnérabilité importante. Ces situations complexes mobilisent fortement les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dans un contexte où les ressources spécialisées restent limitées et où les articulations entre dispositifs peuvent s'avérer insuffisamment structurées.
- ▶ Ainsi, ces constats soulignent la nécessité d'améliorer la prise en charge des enfants et adolescents relevant de l'ASE, afin de limiter l'aggravation et la chronicisation des troubles à l'adolescence et à l'âge adulte.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Deux dispositifs complémentaires seront déployés pour répondre à cette problématique :
 - Mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation précoce clinique et psychologique systématisée et de prise en charge spécifique des enfants relevant de l'ASE, présentant des troubles psychiques (projet FIOP), pour limiter la chronicisation des troubles et éviter les ruptures de parcours ou les placements répétés
 - Création d'une équipe pédopsychiatrique mobile pour les enfants de l'ASE de 0 à 17 ans avec intervention directe sur leurs lieux de vie

■ Objectifs attendus :

- ▶ Diminuer la gravité des troubles durant l'enfance et à l'adolescence et leurs conséquences en termes de santé publique.
- ▶ Améliorer et adapter l'accès aux soins et prendre en charge plus précocement les enfants relevant de l'ASE
- ▶ Offrir une réponse médicale coordonnée et adaptée à la vulnérabilité spécifique de ce public, en développant et renforçant les partenariats avec les acteurs sociaux
- ▶ Limiter les ruptures de parcours et les placements itératifs, en proposant un meilleur accompagnement des enfants et adolescents, des familles d'accueil et des institutions, au plus près des lieux de vie des protagonistes.
- ▶ Répondre à « l'axe 1. Coordination et pilotage du PRAPS » (Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention des Populations Vulnérables) du Projet Régional de Santé Grand Est, à savoir : « Elle a pour objectif de faire bénéficier les personnes de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » et d'éviter ainsi les ruptures dans le parcours des personnes en situation de précarité. » (Agence Régionale de Santé Grand Est, PRS-PRAPS 2023-2028)

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

▶ 2026 :

- Généraliser la mise en place du dispositif d'évaluation et de prise en charge spécifique des enfants relevant de l'ASE sur l'ensemble du territoire du CHE
- Etudier les opportunités de pérennisation du financement du dispositif d'évaluation clinique et psychologique systématisée et de prise en charge spécifique pour poursuivre les actions engagées dans le cadre du projet (fin du financement par le projet FIOP en 2027)

A partir de juin :

- Créer l'équipe pédopsychiatrique mobile pour les enfants de l'ASE de 0 à 17 ans
 - ▶ Composition : 1 ETP pédopsychiatre, 0,5 ETP cadre de santé, 3 ETP IDE, 1 ETP psychologue
 - ▶ Former les professionnels de santé de l'équipe mobile aux interventions spécifiques
 - ▶ Identifier des financements

▶ 2027 :

- Rendre opérationnelle l'équipe pédopsychiatrique mobile
 - ▶ Créer un référentiel des actions et modalités d'interventions types de l'équipe mobile (définir les contours de l'activité)
 - ▶ Organiser les interventions dans les différentes structures de l'ASE du territoire du CHE
- Déployer l'équipe pédopsychiatrique mobile pour les enfants de l'ASE de 0 à 17 ans sur le territoire du CHE

▶ 2028 :

- Evaluer les dispositifs sur la base des indicateurs de suivi
- Pérenniser l'équipe pédopsychiatrique mobile
- Pérenniser le dispositif d'évaluation et de prise en charge précoce des enfants de l'ASE.

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Files actives des enfants suivis.
- ▶ Nombre de bilans psychologiques réalisés.
- ▶ Taux d'hospitalisations à temps complet des enfants et adolescents relevant de l'ASE.
- ▶ Nombre de journées d'intervention de soignants et durées moyennes des interventions.
- ▶ Nombre d'actes cotés.
- ▶ Nombre de réunions communes avec les professionnels de l'ASE.
- ▶ Retours d'expérience de l'ASE et des enfants (ex. : amélioration du bien-être des enfants de l'ASE après accompagnement.)

Mettre en œuvre un projet de filière adolescents et jeunes adultes dans le cadre de l'entrée dans le Bâtiment pour Adolescents et Jeunes Adultes (BAJA)

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le Centre Hospitalier d'Erstein regroupera d'ici fin 2027 plusieurs dispositifs dédiés aux adolescents (12-15 ans) et aux jeunes adultes (16-25 ans) dans un nouveau bâtiment commun (BAJA). Les activités sont actuellement réparties sur plusieurs sites :
 - Filière adolescents (12-15 ans) :
 - ▶ Unité d'hospitalisation de 10 lits (projet d'ouverture de 2 lits supplémentaires, par rapport au capacitaire actuel)
 - ▶ Centre médico psychologique
 - ▶ Équipe mobile (équipe d'appui)
 - Filière jeunes adultes (16-25 ans) :
 - ▶ Unité d'hospitalisation de 16 lits
 - ▶ Hôpital de jour
 - ▶ Équipe mobile (DIAPASON)
- ▶ Plusieurs constats ont conduit à l'élaboration de ce projet.
 - En effet, les jeunes adultes rencontrent des difficultés d'accès aux soins, notamment parce que les unités d'hospitalisation pour adultes sont souvent peu adaptées à leurs besoins spécifiques.
 - Par ailleurs, les locaux actuels ne correspondent pas pleinement au public accueilli, en particulier aux adolescents.
 - L'organisation des filières apparaît également éclatée, ce qui limite les coopérations et les synergies entre les équipes.
 - De plus, il existe des sectorisations différentes entre les filières, et au sein même de la filière adolescente, avec des modalités d'adressage variables, rendant les parcours moins lisibles.
 - Enfin, le manque d'outils pour structurer la transition entre les 12–15 ans et les 16–25 ans constitue un frein supplémentaire à la continuité et à la cohérence des prises en charge.
- ▶ C'est ainsi que ce projet de regroupement a été engagé dans le cadre du précédent projet d'établissement, avec notamment le lancement de la construction du nouveau bâtiment BAJA, dont il reste à écrire le projet de mise en œuvre médico-soignante, opérationnel et concret de la filière adolescents – jeunes adultes.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le regroupement physique doit permettre de créer une filière cohérente, lisible et adaptée, proposant une offre spécifique à chaque tranche d'âge et des articulations renforcées entre les dispositifs.
- ▶ Ce nouveau dispositif constitue une opportunité majeure pour :
 - améliorer l'articulation entre les filières,
 - fluidifier le passage de l'adolescence à l'âge adulte,
 - Harmoniser les protocoles et mutualiser les ressources médicales,
 - mieux adapter l'environnement et les modalités de prise en charge aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes adultes.
- ▶ Le projet de services aura pour objectif de définir et d'organiser les coopérations et les synergies entre les deux filières afin de constituer une filière intégrée adolescents et jeunes adultes, que cela se traduise par un projet de service unique part deux projets distincts selon les choix du groupe de travail.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Fluidifier les parcours des adolescents et des jeunes adultes, en améliorant la transition et la continuité des soins entre les deux filières
- ▶ Proposer un lieu de soins spécifique, sécurisé et adapté aux pathologies, aux besoins et aux spécificités des adolescents et des jeunes adultes
- ▶ Renforcer les échanges, les coopérations et les synergies entre les équipes (adolescents/jeunes adultes et intra/extra hospitalier)
- ▶ Sécuriser le suivi des jeunes patients

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 :
 - Constituer un groupe de réflexion sur les contours du projet, réunissant des professionnels des pôles PEA et EMSS)
 - ▶ Arbitrer l'élaboration d'un seul projet de service pour les deux filières ou de plusieurs projets selon les dispositifs
 - ▶ Élaborer le ou les projets de service
 - ▶ Définir des outils et projets communs (outils de liaison, modalités de transition, procédures et protocoles partagés, etc.)
 - ▶ Anticiper le matériel requis à l'installation dans le nouveau bâtiment (ex. : mobilier, matériel, équipements)
- ▶ 2027
 - Élaborer les maquettes organisationnelles au regard de l'augmentation du nombre de lits et des besoins spécifiques (mutualisation de ressources)
 - Mettre en place un dispositif de coordination de parcours (ex. : référents, pair-aidance), notamment pour sécuriser le suivi et la transition adolescent - jeune adulte
 - Former les professionnels à la nouvelle organisation et aux nouvelles procédures
 - Organiser l'emménagement dans les nouveaux locaux et l'inclusion des premiers patients
- ▶ 2028-2030
 - Suivre et ajuster le ou les projets de service

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nouveau bâtiment commun (BAJA) regroupant des deux filières
- ▶ Effectifs adaptés aux besoins
- ▶ Maquettes organisationnelles révisées, en cohérence avec les capacités d'accueil et les besoins cliniques
- ▶ Outils de coordination déployés
- ▶ Retours d'expériences des professionnels et patients

Proposer une offre psychiatrique spécifique tournée vers les familles

■ Contexte / Diagnostic :

- Au niveau national, les orientations en santé mentale, portées notamment par la psychiatrie de secteur, les recommandations de la HAS, et les politiques de rétablissement, reconnaissent de manière croissante la place centrale des familles et des proches dans le parcours de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Leur implication en amont, pendant, et en aval des épisodes d'hospitalisation, et plus largement dans le parcours de soin et de vie, constitue un levier majeur dans la prise en charge optimale des patients.
- Le constat, posé notamment lors du séminaire du projet d'établissement, laisse apparaître un déficit à la fois dans l'information aux familles mais également une insuffisance dans la prise en compte de la douleur psychique de l'entourage des patients. De plus, les familles font état de relations parfois complexes avec les unités, tant en intra qu'en extrahospitalier. La préparation à la sortie est également identifiée comme un point de fragilité, parfois perçue comme trop rapide ou insuffisamment anticipée, source d'angoisse pour les proches.
- Concernant les soignants, la possibilité de travailler le lien avec les familles est souvent limitée par les impératifs de continuité des soins et par la charge liée aux missions cliniques prioritaires.
- Par ailleurs, dans un objectif de réduction des durées d'hospitalisation, il convient de prévenir les rechutes en permettant aux familles de devenir une ressource et des acteurs à part entière de la stabilisation des troubles.
- Certaines difficultés psychiques ou certains troubles psychiatriques ne peuvent être traités efficacement en s'adressant uniquement à la personne qui en souffre ; l'implication de l'entourage familial est alors indispensable pour les aider à comprendre les troubles de leur proche, pour apaiser les tensions et dénouer les conflits.

■ Descriptif du dispositif :

- Le CHE répondra aux constats et difficultés exposés par la création d'un pôle famille au CHE, articulé autour de deux offres spécifiques :
 - Une unité de thérapie familiale, composée de professionnels formés et travaillant en co-thérapie, permettant d'offrir un accès à de la thérapie familiale sur les 3 pôles du CHE, 4 jours par semaine (au sein de locaux déjà aménagés sur les sites de Erstein, Sélestat et Strasbourg-Neuhof).
 - le développement du travail avec les familles dans les unités d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte par le biais de :
 - la désignation d'un soignant référent dans chaque unité d'hospitalisation pour le travail avec les familles
 - la mise en place d'un programme de psychoéducation familiale
 - la mise en place d'un programme de formation à la prise en charge systémique des familles
 - organiser des groupes de parole à destination des familles

■ Objectifs attendus :

- Diminuer le sentiment d'isolement et apaiser les angoisses des familles autour de l'entrée en maladie des proches
- Soutenir les familles dans la compréhension et l'accompagnement de leur proche
- Mettre à disposition des familles des ressources externes à

l'hôpital

- Pérenniser et développer les compétences et l'offre de soins en thérapie familiale pour chaque pôle, et apporter une meilleure qualité de soin grâce à une mixité des compétences (psychologues, infirmiers, psychiatres) et des approches (pédopsy et psychiatrie adulte)

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

► 2026

- Mettre en place et structurer l'offre autour de la thérapie familiale en l'élargissant aux sujets relatifs à l'accompagnement des familles en souffrance
- Recruter 0,4 ETP de thérapeute familial, redéployer 0,1 ETP de secrétaire
- Organiser les interventions de l'unité en fonction des jours de la semaine et des sites :
 - ex. : temps de thérapie familiale, animer des groupes de parole à destination des familles, etc.
- Anticiper l'augmentation d'activité
- Planifier une réunion d'équipe toutes les 6 semaines (réponse aux questions de fonctionnement),
- Poursuivre le groupe d'analyse de pratique (GAP) (déjà en place toutes les 6 semaines)
- Définir des outils et projets communs (outils de liaison, modalités de transition, procédures partagées...)
- Définir un projet écrit autour de l'offre d'accompagnement proposée aux familles

► 2027

- Former des professionnels à la thérapie systémique et mettre en place des dispositifs de formation à l'éducation thérapeutique familiale...
- Intégrer en objectif institutionnel la formation à la thérapie familiale des agents volontaires
- Recruter 1 ETP de psychologue dédié à la coordination de l'ensemble des dispositifs (horizon juin 2027) en auto-financement
- Déployer la thérapie familiale sur l'ensemble des sites (Erstein, Sélestat et Strasbourg-Neuhof), 4 jours par semaine (actuellement 2 sites sont utilisés à raison de 2 jours/semaine par 2 pôles)

► 2027-2030

- Diffuser des enquêtes de satisfaction aux familles et aux professionnels
- Evaluer les nouveaux dispositifs et ajuster si besoin
- Suivre et ajuster le ou les projets de service

■ Les indicateurs de réalisation :

► Indicateurs de process :

- Nombre de réunions de constitution du pôle famille
- Nombre de groupes d'analyse des pratiques effectués
- Nombre de groupes de parole à destination des familles animés

► Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'ETP recrutés
- Nombre de familles de patients accompagnées
- Taux de satisfaction des familles par rapport à la prise en charge par les thérapeutes familiaux et par rapport à la mise à disposition de ressources externes
- Autres indicateurs à déterminer dans le cadre de la structuration du projet

Poursuivre le développement des partenariats et des projets de la gériopsychiatrie

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le CHE, et en particulier le pôle Pays d'Alsace Centrale (PAC) prend en charge des patients de profils âgés, psychiatriques et polyopathologiques au sein de son Département Intersectoriel de Psychogériatrie (DIP), avec des prises en charge sur 20 lits d'hospitalisation complète, 9 places d'hôpital de jour et équipe mobile de psycho-gériatrie.
- ▶ Ce dispositif s'inscrit ainsi dans une filière territoriale de la personne âgée (cf. fiche action 3.4), et dans une démarche de renforcement des partenariats, notamment par la refonte, en cours, de ses conventionnements avec une trentaine EHPAD du territoire pour lesquels il propose deux degrés d'accompagnement : convention de type 1, dite de base, ou de type 2, dite renforcée, comprenant des services et disponibilités plus poussés pour les EHPAD s'engageant dans la fluidification des parcours, dont l'accueil plus important de patients du DIP en sortie d'hospitalisation.
- ▶ Au-delà de pérenniser le mode de fonctionnement du dispositif actuel (intra hospitalier, CMP, HDJ, PASS) permettant la collaboration réactive entre les différents professionnels, le pôle observe le besoin de poursuivre davantage les collaborations partenariales et des actions déstigmatisant la gériopsychiatrie. En effet, il souhaite davantage fluidifier les parcours de soin et ainsi éviter les séjours inadaptés et pourvoyeurs d'iatrogénie et de complications.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à améliorer la qualité des prises en charges des patients de gériopsychiatrie en s'appuyant sur les partenariats du CHE (ex. : échanges et conventionnement, formation et information, déploiement de la télé médecine, extension du dispositif d'aide aux aidants), et ses ressources internes (formation des professionnels, développement des ATISE).

■ Objectifs attendus :

- ▶ Fluidifier le parcours de soin et améliorer la prise en charge globale des patients tout au long du parcours de soin et de vie.
- ▶ Veiller à l'autonomie et au maintien du lien social des patients (ATISE)
- ▶ S'inscrire pleinement dans la filière « personnes âgées » du territoire
- ▶ Intégrer la gériopsychiatrie dans l'écologie territoriale du sujet âgé en permettant de faire vivre les partenariats

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 :
 - Finaliser les échanges avec les partenaires puis le renouvellement des conventionnements et réaliser les premières évaluations
 - S'inscrire dans la démarche d'élaboration du projet médico-soignant partagé de la filière gériatrique à l'échelle de la direction commune - en lien avec la fiche 3.4
 - Former les professionnels du pôle PAC sur les axes prioritaires

définis dans le projet d'établissement, en privilégiant les formations d'équipe - en lien avec la fiche 3.4 qui prévoit une offre de formations internes communes à la filière « personnes âgées »

- Développer les interventions des Ateliers Thérapeutiques Intersectoriels d'Erstein (ATISE) : promouvoir et revoir les modalités d'intervention et des ATISE et de l'équipe multidisciplinaires afin de permettre la stimulation des patients (cognitives et physiques dans le cadre de l'hospitalisation, permettant le maintien des acquis en vue de préserver l'autonomie des patients) – lien avec la fiche 3.2

▶ 2027 :

- Etendre le dispositif d'aide aux aidants
- Poursuivre l'extension et la pérennisation du dispositif de télé médecine / télé expertise en sensibilisant les acteurs de la filière, au-delà des EHPAD (ex. : mener des campagnes d'information, proposer un guide pour l'appropriation de l'outil requis (par ex. Toktokdoc)
- Former les professionnels issus des structures partenaires sur la prise en charge des profils de gériopsychiatrie et informer sur les rôles de chacun (ex. : stages, journées de sensibilisation, au quotidien lors du passage des équipes dans les différentes structures, aide pour l'analyse des pratiques, par ex. pour les cas cliniques complexes, dans les structures partenaires,) - en lien avec la fiche 3.4

▶ 2028 – 2030 :

- Poursuivre les actions menées en lien avec la filière « personnes âgées », selon le calendrier inscrit dans la fiche 3.4
- Evaluer annuellement (par le CHE et par les partenaires) les actions mises en œuvre et mettre en place des actions correctives si nécessaire
- Asseoir le projet de soin par recrutements adaptés – sous réserve de financements

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Evolution de la DMS et DMH
- ▶ Nombre de patients intégrant l'un des EHPAD partenaires à la sortie du DIP
- ▶ Nombre de convention EHPAD signées, et évaluées
- ▶ Indicateurs de suivi en lien avec les fiches 3.2 et 3.4 :
 - Nouvelles activités mises en place et nombre de patients concernés (ATISE)
 - Nombre de journées de formation, de professionnels partenaires accueillis
 - Nombre de cas complexes évalués en situation
 - Nombre d'interventions institutionnelles de la part des équipes
 - Nombre de jours de formation et part des équipes formées

Proposer un parcours usager de soins complet et global pour les résidents du pôle personnes âgées

■ Contexte / Diagnostic :

- Le pôle PPA accueille des personnes âgées à profils polyopathologiques (psychiatriques et somatiques) au sein de ses différentes unités : 26 lits en EHPAD, 14 lits en UHR, et 40 lits en USLD.
- Le CHE estime que la qualité des soins et d'accompagnement des usagers peut encore être améliorée, pour mieux vivre leur quotidien, prendre en compte leurs valeurs et souhaits de prises en charge, et les accompagner sereinement vers la fin de vie.
- En ce sens, le pôle PPA souhaite travailler en priorité :
 - La prise en charge de la douleur, déjà initiée dans le précédent projet d'établissement, mais à renforcer,
 - L'approche aux directives anticipées et à la fin de vie, qui sont aujourd'hui parfois discutées, mais pas assez systématiques et protocolisées,
 - Le recours à des activités thérapeutiques, qui contribueraient à l'amélioration de la vie quotidienne des usagers.

■ Descriptif du dispositif :

- Optimiser la prise en charge de la douleur en renforçant le travail sur son évaluation et sa réévaluation
- Systématiser le recours aux directives anticipées et l'accompagnement à la fin de vie, en renforçant la formation et la sensibilisation des professionnels, en proposant leur écriture dès l'admission
- Développer le lien avec les Ateliers Thérapeutiques Intersectoriels d'Erstein (ATISE), en formalisant la collaboration et proposant une plus grande variété d'activités

■ Objectifs attendus :

- Développer les moyens médicamenteux et non médicamenteux pour la prise en charge de la douleur, et respecter le projet de fin de vie des usagers
- Améliorer le confort de vie et le bien-être de l'usager au quotidien
- Renforcer les animations thérapeutiques
- Redonner du sens au travail du soignant et stimuler son leadership

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

Volet prise en charge de la douleur

- 2026 :
 - Sensibiliser et former l'ensemble des professionnels du pôle :
 - Mener des formations de sensibilisation régulières aux échelles d'évaluation de la douleur avec un focus sur la réévaluation : pour tous les professionnels médicaux et paramédicaux, par les référents douleur de chaque unité
 - Parcours nouveaux arrivants : intégrer la sensibilisation à la qualité de prise en charge de la douleur au livret d'accueil, intégrer des formations aux parcours longs d'intégration avec un rappel de 2 jours au bout de 3 mois pour le maintien des connaissances
 - Proposer le financement de DU Douleur : déterminer le nombre de places financées annuellement et les critères de sélection des profils
 - Renforcer le rôle des référents douleur : former plus de référents (définir un nombre cible), les impliquer dans le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- 2027 :
 - Mettre en place un « minuteur / rappel » pour la réévaluation de la douleur : pour chaque patient, définir la périodicité, lien avec le SDSI pour intégration à l'outil informatique métier, tracer dans le DPI
 - S'appuyer davantage sur les partenariats :
 - Solliciter plus souvent les équipes mobiles de soins palliatifs
 - Consolider le système actuel et développer encore plus les actions du CLUD auprès des soignants CLUD – PUI
 - Revoir le partenariat avec les HUS en matière de formation

Volet activités thérapeutiques

- 2026 :
 - Formaliser le travail avec les ATISE et écrire les contours de leurs

interventions (ex. : les intégrer au projet de vie, pour qui et à quel moment)

- Construire et proposer des programmes complets et adaptés aux profils de patients gériatriques : réalité virtuelle, snoezelen, rTMS, musicothérapie, balnéothérapie, aromathérapie, hypnose de fin de vie
- Sensibiliser les professionnels aux bienfaits de ces activités pour accroître la sollicitation et l'intégration des ATISE au quotidien des usagers : formation, vidéos d'information, flash animation, participation à des activités, etc.
- 2027 :
 - Mettre en œuvre les programmes ATISE personnalisés et suivre leur déploiement
 - Développer l'aromathérapie de diffusion dans le service, et des séances d'hypnoses enregistrées
 - Constituer une EMP3 :
 - Equipe Mobile de Prévention de la Perte d'Autonomie des Personnes âgées en EHPAD permet l'amélioration de la qualité de vie des usagers, en prévenant les risques liés au vieillissement et promouvant l'autonomie
 - Dimensionner l'équipe et la former, écrire son projet, articuler ses interventions au sein de l'EHPAD du PPA, etc.

2028 :

- Etudier l'opportunité d'ouvrir l'EMP3 aux 33 EHPAD partenaires du CHE

Volet directives anticipées – fin de vie

- 2026 : sensibiliser et former l'ensemble des équipes aux directives anticipées (DA) et à la fin de vie
 - Créer le rôle de « Référent DA – fin de vie » : former des soignants volontaires du pôle (au moins 2 par unité), écrire les missions et périmètres d'intervention
 - Mener des actions de sensibilisation à destination de l'ensemble des professionnels sur les DA et l'accompagnement à la fin de vie (Comment accompagner à l'expression des souhaits ? Comment améliorer le confort de vie ? Connaissance des dispositifs à disposition des usagers, etc.)
 - Responsabiliser les soignants dans ces missions
- 2027 : systématiser l'écriture de directives anticipées
 - Informé l'usager (et sa famille) : remettre, dès l'admission, un document relatif aux DA
 - Accompagner l'usager à écrire ses DA dès les premiers jours de son admission (objectif : une première trame écrite pour la rédaction de Projet d'Accueil Personnalisé - PAP), et étoffer la partie « projet de vie » en EHPAD (questionner le rêve du résident)
 - Implication des familles : informer les familles si le patient donne son accord, elles sont sollicitées si le patient n'a pas la capacité d'écrire ses DA
- 2028 :
 - Proposer et développer des outils / dispositifs innovants (ex. : jeu de cartes à vos souhaits, chien de soutien émotionnel et d'accompagnement à la fin de vie)
 - Participer à des colloques sur les DA

■ Les indicateurs de réalisation :

- Nombre de personnes formées à la douleur (objectif : 100% en fin 2027)
- Nombre de DU Douleur financés
- Nombre de participations au CLUD
- Nombre d'interventions des ATISE et nombre d'usagers bénéficiaires
- Nombre d'activités thérapeutiques différentes proposées
- Création de l'EMP3
- Nombre de DA rédigées dans le PAP
- Nombre de Référents douleur – fin de vie
- Enquêtes de satisfaction

Améliorer l'environnement de vie du pôle personnes âgées

■ Contexte / Diagnostic :

- Le pôle PPA accueille des personnes âgées à profils polyopathologiques (psychiatriques et somatiques) au sein de ses différentes structures : 26 lits en EHPAD, 14 lits en UHR, et 40 lits en USLD.
- Le CHE souhaite améliorer la qualité des soins qu'il dispense au sein du PPA (cf fiche 3.2), mais également travailler sur la prise en charge globale de l'usager et sur l'ensemble des aspects non médicaux. En effet, le pôle comptant principalement des prises en charge « longues », il est important pour les patients, leurs familles, et les soignants, de rendre plus vivant l'accueil et le quotidien des usagers.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise à améliorer l'environnement de vie des usagers pris en charge par le PPA, en faisant évoluer les pratiques actuelles, en rendant plus accueillant les lieux de vie (aménagements, décorations, etc.), diversifiant les activités et animations pour proposer une plus grande variété de stimulations et renforcer le lien social (ex. : médiations animales, hortithérapie), et en facilitant les liens avec les familles (ex. : salon des familles, admission de couples, etc.).

■ Objectifs attendus :

- Améliorer la qualité de vie au quotidien des usagers
- Redonner du lien social
- Renforcer les relations avec les familles
- Développer le lien avec les ATISE pour les animations notamment pour les anciens patients du DIP.
- Etoffer la partie « projet de vie » des directives anticipées : questionner le rêve du résident

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

2026 :

- Réunir un groupe de travail et identifier un binôme responsable par volet

Volet 1 : évolution des pratiques et favorisation des liens avec les familles

- Protocoler la phase de préadmission
- Accueillir des stagiaires en animation (BPJEPS, services civiques)
- Réfléchir à des actions favorisant l'attractivité de bénévoles
- Développer les partenariats avec les associations Pierre Clément et Jalmar
- Etudier la possibilité d'admission des couples, et renforcer le lien entre un résident et son époux.se encore à domicile
- Etudier le projet d'un salon des familles à l'USLD, avec la possibilité d'y dormir et de manger un repas du CHE (modalités financières, d'organisation et d'accueil, formalisation, décoration, etc.)

Volet 2 : modernisation des lieux d'accueil

- Recueillir les projets des équipes et des résidents : diffuser un questionnaire pour recenser les souhaits de modernisation
- Exemples de projets :
 - Repenser les aménagements extérieurs

- Repenser la zone d'accueil
- Entamer un travail autour de la décoration des locaux, et étudier un lien éventuel avec les productions des ATISE.
- Améliorer la prestation hôtelière (ex. : achat de nappes, vaisselle à motifs alsaciens)
- Développer un ciné-club

Volet 3 : diversification des activités et renfort du lien social

- Introduire des « temps forts », rappelant ceux du domicile :
 - Ponctuer les temps de vie importants (ex. : anniversaire)
 - Développer le lien intergénérationnel (via notamment le pôle de pédopsychiatrie)
- Renforcer les animations proposées et ouvrir les unités vers l'extérieur :
 - Acquérir des outils d'animation (ex. : Tovertafel, jeux de société)
 - Créer un parcours de motricité et développer de manière plus importante les activités de sport adaptées
 - Participer aux actions d'animation inter-établissements (ex. : olympiades)
 - Développer les médiations animales
 - Développer un partenariat avec le lycée agricole autour de la question de l'hortithérapie – en lien transversal, avec l'ensemble des unités du CHE

2027 - 2028

- Prioriser les projets grâce à des critères objectifs (ex. : faisabilité, investissements, bénéfices, nombre de bénéficiaires, facilité de mise en œuvre)
- Initier leurs mises en œuvre

2029 – 2030

- Suivre la mise en œuvre et apporter des ajustements si besoin

■ Les indicateurs de réalisation :

- Protocole de préadmission
- Nombre de BPJEPS, services civiques, et bénévoles
- Nombre de couples admis, et nombre de familles accueillies au salon de l'USLD
- Aménagements / décorations réalisés
- Nombre de rencontres intergénérationnelles réalisées
- Nouvelles animations créées et récurrence

Organisation de la filière « personnes âgées »

■ Contexte / Diagnostic :

- Le CHE intervient dans le champ de la prise en charge des personnes âgées à travers plusieurs dispositifs :
 - EHPAD : 40 places, dont 14 en UHR (l'une des deux seules unités de ce type dans le Bas-Rhin),
 - USLD : 40 lits
 - Filière de psychogériatrie : 20 lits d'hospitalisation complète, 9 places d'hôpital de jour et une équipe mobile de liaison infirmier intervenant à domicile et dans les EHPAD conventionnés du secteur.
- Depuis 2013, le CHE est en direction commune avec le Centre Hospitalier d'Erstein Ville (CHEV), établissement public de santé à orientation gériatrique (SMR et EHPAD), avant de s'élargir en 2024 à deux autres EHPAD (Benfeld et Rhinau), regroupant ainsi l'ensemble des établissements publics relevant de la fonction publique hospitalière du canton d'Erstein.
- La filière gériatrique commune dispose d'un ensemble de dispositifs dédiés à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, représentant 409 lits et places :
 - 296 places d'hébergement permanent, dont 14 en UHR et 41 en UVP,
 - 5 places d'hébergement temporaire, dont 2 en UVP,
 - 40 lits de soins de longue durée,
 - 29 lits de soins médicaux et de réadaptation,
 - Un département de psychogériatrie (20 lits d'hospitalisation complète, 9 places d'hôpital de jour et une équipe mobile),
 - 10 places d'accueil de jour,
 - 3 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA).
- Cette filière naissante, dotée d'une direction dédiée, constitue un cadre structurant permettant de fluidifier les parcours des personnes âgées, d'adapter les modalités d'accueil et d'accompagnement aux besoins évolutifs des usagers, et de renforcer la coordination territoriale au sein du canton d'Erstein.
- La filière gériatrique, désormais complète à l'échelle du canton d'Erstein, doit poursuivre sa structuration et sa consolidation afin d'offrir une réponse coordonnée, lisible et adaptée aux besoins des personnes âgées du territoire.

■ Descriptif du dispositif :

- Afin de structurer et consolider la filière gériatrique, les travaux suivants sont envisagés :
 - Elaboration d'un projet médico-soignant partagé pour l'ensemble de la filière gériatrique de la direction commune : formaliser une vision commune, renforcer la cohérence des pratiques professionnelles, améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées du canton, et porter une approche territoriale intégrée de la prise en charge et de l'accompagnement.
 - Construction de réponses communes aux appels à projets : soutenir le développement de dispositifs innovants, renforcer l'accompagnement des parcours, et consolider la dynamique inter-établissements.
 - Mise en place d'une commission d'admission et de réorientation commune, centrée sur les situations complexes.
 - Renforcement des compétences et des ressources de la filière : création d'un poste IPA, mutualisation des expertises, montée en compétences des professionnels, mise en place de formations communes, et de temps de coordination et d'échanges inter-structures.

■ Objectifs attendus :

- Garantir une vision commune et cohérente de la prise en charge au sein de la filière gériatrique
- Fluidifier et sécuriser les parcours des personnes âgées, en améliorant la coordination entre les différents dispositifs de la filière
- Mutualiser et renforcer les compétences et les ressources, afin de soutenir la qualité des accompagnements et favoriser la montée en expertise des professionnels

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

Volet 1 : élaborer et mettre en œuvre un projet médico-soignant partagé de la filière gériatrique à l'échelle de la direction commune

- 2026 :
 - Diagnostic : réaliser un état des lieux du fonctionnement actuel de la filière gériatrique de la direction commune et identifier les freins et axes de développement prioritaires
 - Projets stratégiques : identifier des pilotes et réunir des groupes de travail (composition inter-structures à définir) sur les thématiques principales retenues (ex. : prise en charge médicale et soignante, animation et vie sociale, hôtellerie, qualité, coordination, inclusion territoriale), identifier les projets stratégiques prioritaires, proposer un plan d'opérationnalisation
- 2027 - 2030 :
 - Rédiger et valider le projet médico-soignant partagé
 - Initier la mise en œuvre du plan d'actions partagé, et suivre son avancement

Volet 2 : fluidifier et sécuriser les parcours des personnes âgées

■ 2026 :

- Construire une commission d'admission et de réorientation commune pour les situations complexes
 - Rôle : évaluations partagées, orientations adaptées des usagers et fluidification des parcours entre les différents dispositifs (EHPAD, USLD, SMR...).
 - Cadrage : s'accorder sur son fonctionnement et ses interventions (ex. : composition, implantation physique, portage, fréquence de réunions, patients concernés, etc.)
- Créer des outils de communication présentant la filière gériatrique et ses dispositifs : identifier un pilote et organiser une réunion de travail inter-établissements pour définir :
 - Le public ciblé (usagers / familles, structures hospitalières / médicales / sociales) et les messages clés à transmettre
- Les supports de communication les plus pertinents (prospectus, site internet, article presse, newsletter, vidéo, etc.), et les moyens de diffusion (renseignements disponibles chez le médecin généraliste, site internet, affichage dans des lieux clés, etc.)

■ 2027 :

- Mettre en œuvre progressivement la commission d'admission et de réorientation
- Lancer la diffusion des outils de communication présentant la filière gériatrique
- Organiser, en amont de l'admission, des rencontres et temps d'information avec les familles afin de présenter les dispositifs et les différentes structures.

■ 2028 - 2030

- Monter en charge de la commission d'admission et de réorientation
- Actualiser les outils de communication

Volet 3 : mutualiser et renforcer les compétences et les ressources

- Créer un poste d'infirmier en pratiques avancées (IPA) permettant de fluidifier les parcours des personnes âgées

■ 2026 :

- Identifier un pilote / coordonnateur chargé de la formation de la filière
- Etat des lieux : recenser auprès de chacun des acteurs de la filière, les besoins en formation et les ressources disponibles
- Réaliser un catalogue de formation avec des formateurs identifiés
- Solliciter des formateurs externes, si pas de ressource interne pour certaines thématiques – sous réserve de financements disponibles

■ 2027 :

- Construire un programme de formations communes, et pour chacune : proposer des dates, cibler les profils destinataires, définir le format souhaité (présentiel, webinaire, en journée, en soirée, cocktail, etc.)
- Proposer des temps de rencontre par métier / thématique entre structures (ex. : animateurs, cadres/IDEC, médecins coordonnateurs...), pour mieux se connaître, créer du lien et échanger sur des problématiques communes, et lutter contre l'isolement professionnels (ex. : immersions ponctuelles, échanges de pratiques, groupes de travail...)
- Renforcer la montée en compétences en s'appuyant sur les ressources internes (ex. : transmission de bonnes pratiques par l'équipe du département de psychogériatrie, immersions/stages internes, mentorat de nouveaux arrivants)

■ 2028 - 2030 :

- Déployer les formations communes, et ajuster selon les retours d'expérience
- Tenir une périodicité (à définir) pour les temps de rencontre métier / thématique
- Fiabiliser les actions favorisant la montée en compétences des agents

■ Les indicateurs de réalisation :

- Projet médico-soignant partagé adopté et suivi de la mise en œuvre du plan d'actions
- Nombre de réunions de la commission d'admission et de réorientation commune organisées et nombre de cas étudiés
- Nombre d'outils de communication créés et diffusés
- Nombre de formations communes réalisées
- Nombre de temps de rencontres ou d'échanges professionnels entre structures réalisés
- Nombre de rencontres et de temps d'information avec les familles réalisées

Poursuivre le déploiement de la démarche de réhabilitation psychosociale dans les unités

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Au niveau national, la réhabilitation psychosociale (RPS) s'inscrit comme un axe prioritaire des politiques de santé mentale, avec des instructions ministérielles, notamment celle de la DGOS du 16 janvier 2019 relative aux dispositifs de type PROXICURE, qui encouragent le développement de filières structurées, coordonnées et accessibles précocement.
- ▶ Dans ce cadre, une équipe d'appui au rétablissement (EAR) a été construite au CHE et bénéficie d'un renforcement progressif de ses effectifs depuis deux ans (en cours). Une véritable filière de réhabilitation structurée a pu émerger et propose désormais, sur la base d'une évaluation clinique et fonctionnelle, la construction d'un parcours de soins spécifique se déclinant par une offre variée d'activités thérapeutiques adaptées aux besoins des personnes et/ou de leurs familles et proches.
- ▶ Néanmoins, plusieurs enjeux persistent. L'articulation de la fin d'intervention de l'EAR reste perfectible, avec la nécessité de formaliser des modalités de sortie et de programmer des réévaluations à distance afin de mesurer l'impact et la pérennité des actions engagées. Par ailleurs, l'implication des Centres de Jour dans la démarche de réhabilitation demeure hétérogène, rendant indispensable un renforcement de la coordination et de la participation des équipes aux actions menées en faveur du rétablissement.
- ▶ Enfin, la démarche actuelle gagnerait à intégrer une intervention plus précoce, idéalement dès la première hospitalisation, notamment pour les jeunes patients présentant une psychose émergente ou un profil d'Ultra Haut Risque (UHR). En parallèle, les adresses croissantes de jeunes adultes présentant des troubles du neurodéveloppement (TND) non repérés durant l'enfance soulignent la nécessité d'améliorer le repérage, le dépistage et l'accompagnement spécifique de ces publics, afin d'inscrire leur prise en charge dans une logique de réhabilitation adaptée et anticipée.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à déployer la réhabilitation psychosociale en consolidant les missions de l'EAR (ancrage, coordination, intégration, communication) et en élargissant son champ d'actions, pour stabiliser le parcours de soins. Il met l'accent sur l'intervention précoce auprès des jeunes adultes (16-25 ans), le dépistage des troubles du neurodéveloppement et le renforcement du réseau. L'objectif est de mieux coordonner les actions avec les Centres de Jour et les partenaires régionaux pour favoriser le rétablissement.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Optimiser la filière de réhabilitation
- ▶ Renforcer le partenariat et l'offre de soins
- ▶ Développer les actions de formation (à destination de l'équipe)
- ▶ Déployer l'intervention précoce

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

Volet 1 – Renforcement Centre de jour / Réseau

- ▶ 2026 :
 - Recenser les besoins des centres de jour (évaluation, suivi, orientation)
 - Poursuivre le développement du travail en réseau avec les divers partenaires loco-régionaux : amplifier les coopérations au sein des différents dispositifs de soins des partenaires.
- ▶ 2027 :
 - Construire un projet adapté à chaque CdJ.

- Créer un catalogue commun recensant l'offre de soins de l'EAR et des partenaires CURE Alsace.

▶ 2028 – 2030 :

- Pérenniser et faire évoluer les dispositifs selon les besoins émergents
- Effectuer une veille et une mise à jour de l'offre de soins.

Volet 2 - Intervention Précoce :

▶ 2027 – 2028 :

- Construire un projet d'intervention croisée avec l'équipe DIAPASON (psychose émergente et UHR) : développer une stratégie d'intervention précoce, à destination du public des jeunes adultes (16-25 ans), lors des primo-admissions en milieu psychiatrique, sur des profils de psychose émergente ou d'UHR
- Créer un poste (1 ETP) de Neuropsychologue – sous réserve de financements
- Mettre en place des formations aux outils de dépistage des sujets à ultra haut risque de psychose et aux pratiques de l'intervention précoce.

▶ 2029 – 2030 :

- Poursuivre le développement du projet avec l'équipe DIAPASON.

Volet 3 - Outils / Formation :

▶ 2027 :

- Recenser les besoins en formation des professionnels de l'EAR (retours professionnels, évolution d'activité, etc.)
 - ▶ Ex. : outils de dépistage des sujets à ultra haut risque de psychose et aux pratiques de l'intervention précoce ; nouvelle vague des TCC (TCD, ACT, ...) ; accompagnements pour les personnes TND ainsi que leur famille et proches.
- Systématiser une « fiche-action » (outils communs) créée avec le personnel soignant référent, l'EAR et le patient.

▶ 2028 :

- Sanctuariser du budget de formation de l'équipe
- Construire et lancer un programme de formation pour les professionnels de l'EAR (formateur, planning, professionnels cibles, etc.)

▶ 2029 – 2030 :

- Evaluer la satisfaction des professionnels et l'amélioration des prises en charge et adapter si besoin

■ Les indicateurs de réalisation :

▶ Activité :

- File active EAR,
- Nombre de groupes thérapeutiques et suivis individuels spécifiques réalisés.
- Nombre de patients adressés et suivis au sein de la filière partagée avec DIAPASON.
- Durée de maintien dans la filière EAR.

▶ RH / formations :

- Nombre de recrutements effectifs.
- Nombre et type de formations réalisées
- Variation du budget de formation « spécial EAR ».

▶ Partenariat / Qualité :

- Nombre de dossier partagés avec chaque CdJ.
- Satisfaction des usagers et des professionnels des centres de jour
- Activités effectivement mises en place (ex. : catalogue offre de soins).

Directives anticipées en psychiatrie (DAP) : structuration, pérennisation et recherche

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le CHE déploie les DAP pour renforcer l'autonomie et la participation de l'usager. Le projet a été approuvé en août 2023.
 - Expérimentation : mise en œuvre en partenariat avec le GRIEPS, méthode des "petits pas" (Roue de Deming), phase d'expérimentation (Étape 2) sur 6 unités pilotes (objectif de 60 DAP). Le dispositif utilise l'outil « mon GPS ».
 - Diagnostic : le déploiement est à l'arrêt depuis la fin de l'expérience pilote. La progression est difficile et la pérennisation du dispositif n'est pas assurée sans une nouvelle impulsion.
 - Enjeu Majeur : diminuer le nombre d'hospitalisations en soins sans consentement (SSC).

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Réactivation, déploiement et pérennisation des Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) au Centre Hospitalier Erstein (CHE) /
- ▶ Étude sur les directives anticipées en psychiatrie chez les jeunes adultes (12–23 ans) (Projet de PHRIP)

■ Objectifs attendus :

- ▶ Réactivation du COPIL de suivi des DAP pour :
 - Déployer les DAP.
 - Former des professionnels.
 - Évaluer l'effectivité des DAP (qualitativement et quantitativement).
- ▶ Formalisation : Formaliser une procédure DAP intégrative dans le parcours du patient (intra-extra-intra). Déploiement généralisé des DAP sur toutes les unités de psychiatrie mineurs et adultes.
- ▶ Traçabilité : Recensement de toutes les DAP nominatives au Bureau des Admissions et Informations (BAI) pour une information éclairée à chaque hospitalisation.
- ▶ Suivi : Mise en place d'un tableau de suivi (Rouge : pas de DAP ; Orange : DAP initié ; Vert : DAP fait).
- ▶ Réduction du taux d'hospitalisations en Soins Sans Consentement (SSC).
- ▶ Objectif de Recherche (PHRIP) : Vérifier l'efficacité des DAP si elles sont faites au plus tôt dans le parcours, notamment via un PHRIP sur la population 12-18 ans.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 : relance & structuration
 - Réactivation formelle et tenue régulière du COPIL de suivi des DAP.
 - Finalisation et diffusion de la procédure DAP intégrative (intra-extra-intra).
 - Formation initiale intensive de l'ensemble des professionnels (y compris les nouveaux pilotes/référents).
 - Traçabilité & Début de Généralisation
 - Mise en place opérationnelle du tableau de suivi DAP (Rouge/Orange/Vert).
 - Lancement du recensement systématique des DAP nominatives au BAI (Bureau des Admissions et Informations).

- Début du déploiement des DAP sur les 50% d'unités restantes (hors unités pilotes initiales).

▶ 2027 : Généralisation & PHRIP - Phase 1

- Généralisation complète des DAP sur toutes les unités de psychiatrie mineurs et adultes.
- Démarrage de la Phase 1 du PHRIP : Entretiens qualitatifs (jeunes, proches, soignants).
- Première évaluation intermédiaire de l'efficacité des DAP par le COPIL (analyse des indicateurs quantitatifs Taux SL/HSC, nombre de DAP).
- Lancement des actions d'amélioration du dispositif (ex: adaptation de l'outil « mon GPS » si nécessaire).

▶ 2028 : PHRIP - Phases 2 & 3 (Action-Recherche)

- Mise en œuvre de la Phase 2 du PHRIP : Ateliers de co-construction des directives anticipées chez les 12-23 ans.
- Démarrage de la Phase 3 du PHRIP : Évaluation de l'impact (acceptabilité, vécu des crises)
- Mise en place d'un cycle de formation continue et d'intégration des pairs-aidants et de la GP3A (bénévole) dans le processus DAP.

▶ 2029-2030 : Évaluation Complète & Retombées

- Évaluation finale des résultats du PHRIP et rédaction des recommandations.
- Diffusion des résultats du PHRIP aux équipes et instances nationales.
- Bilan final du plan d'action 2025-2029 (évaluation des objectifs stratégiques : réduction du taux de SSC, traçabilité DPI, engagement usager).
- Intégration des recommandations issues du PHRIP dans la procédure DAP généralisée.
- Élaboration de la Stratégie DAP 2030-2035 basée sur l'expérience acquise.

■ Les indicateurs de réalisation :

▶ Quantitatifs :

- Nombres de DAP faits
- Nombre de personnes formées
- Taux d'hospitalisation (Soins Libres / Soins Sans Consentement) ; Taux de ré hospitalisation ;
- Nombre d'entretiens avec le CMP pour les patients avec DAP ;
- Nombre d'actes tracés (urgence)

▶ Qualitatifs :

- Retour des usagers (évaluation de l'outil « mon GPS »)
- Impact sur l'autodétermination (empowerment), la qualité de vie, l'alliance avec les équipes ;
- Taux de respect des DAP par l'équipe (évaluation intra/extra.

Mettre en œuvre le projet de santé mentale communautaire sur l'unité Camille Claudel

Contexte / Diagnostic :

- ▶ Au niveau national, la santé communautaire constitue un levier essentiel de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'inscrit dans les orientations de santé publique visant à renforcer le lien entre soins, accompagnement social et environnement de vie, en particulier pour les publics en situation de vulnérabilité. En psychiatrie, cette approche favorise l'inscription des soins dans le milieu de vie, la mobilisation des ressources du territoire et la participation active des usagers, afin de soutenir le rétablissement et prévenir les ruptures de parcours.
- ▶ L'unité Camille Claudel est une unité d'hospitalisation complète ouverte de 27 lits dont 2 lits supplémentaires. Rattachée au Pôle Eurométropole Strasbourg Sud, elle a pour vocation d'accueillir des patients stabilisés nécessitant observation et soins avant une sortie d'hospitalisation, avec des durées de séjour très variables allant de quelques jours à plusieurs années. Les patients accueillis présentent fréquemment des problématiques de précarité, d'insalubrité de logement, d'isolement social, d'incurie ou de malnutrition. Un nombre important d'usagers sont en soins sous contraintes, sous mesures judiciaires de protection ou avec des procédures judiciaires en cours. L'âge moyen des patients accueillis est de 51 ans, traduisant une population souvent installée dans des vulnérabilités chroniques.
- ▶ Ce contexte souligne la nécessité de développer une approche de santé communautaire structurée, permettant de renforcer l'articulation entre soins psychiatriques, accompagnement social et ressources du territoire, afin de favoriser l'autonomie, la continuité des parcours et une sortie d'hospitalisation sécurisée et durable.

Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à ancrer l'unité Camille Claudel dans la santé communautaire à moyenne échelle, en plaçant l'usager au cœur des pratiques. Le travail sera centré sur un parcours de soins individualisé construit avec le patient, et sur l'apprentissage de l'autonomie quotidienne (logement, courses) pour permettre une réintégration du patient dans la cité dans les meilleures conditions (réhabilitation psycho-sociale). Ainsi, il est prévu une réduction du nombre de lits de l'unité Camille Claudel, au profit d'une équipe mobile et de l'intégration de médiateurs santé paires.

Objectifs attendus :

- ▶ Objectif 1 : inscrire pleinement l'unité Camille Claudel dans la démarche de santé communautaire et de réhabilitation psycho-sociale.
- ▶ Objectif 2 : augmenter l'autonomie des patients en vue de leur réintégration dans la cité dans les meilleures conditions.
- ▶ Objectif 3 : assurer la continuité et la qualité des soins basées sur les valeurs de respect, bientraitance et qualité.

Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 :
 - Modifier les critères d'admission des usagers au sein de l'unité Camille Claudel (admissions directes, entretiens d'évaluation) et systématiser le projet individualisé de manière tripartite (personne accueillie, son environnement social et familial, l'équipe pluridisciplinaire)
 - Construire un programme de formations pour le personnel paramédical et d'accompagnement socio/éducatif : formations obligatoires / optionnelles, identifier les besoins, trouver des formateurs, identifier les besoins et sources de financements
 - ▶ besoins identifiés : D.U. santé mentale dans la communauté à raison de 2 agents / an et 6 agents par Santé Mentale France à l'intervention sur les valeurs du rétablissement
 - Réfléchir à la participation et à l'implication des usagers dans l'unité (gestion du quotidien) : besoins et activités (ex. : enquêtes auprès des professionnels et patients)
 - Nommer des référents usagers pour un accompagnement individualisé et un meilleur suivi du travail avec les partenaires
 - Réfléchir à un plan de réduction de lits progressifs entre 2027 et 2030 (objectif unité de 15 lits à horizon 2030), et de déploiement d'une équipe mobile : locaux, organisations RH et des accompagnements, prise en charge des patients, etc.
- ▶ 2027 :
 - Ecrire un cadre thérapeutique spécifique à l'unité Camille Claudel où les usagers sont acteurs du fonctionnement communautaire de l'unité
 - Ecrire le projet de fonctionnement du « studio test »,
 - ▶ mise en situation d'une vie en autonomie avant la sortie (projet clinique, critères d'admission, organisation RH, etc.)
 - ▶ Budgétiser sa mise en œuvre et identifier des sources de financements
 - Lancer l'exécution du programme de formation
 - Travailler et réécrire l'organisation interne des ressources :

- ▶ Repenser la synoptique des tâches pour s'inscrire dans le développement de l'aide à l'autonomie et adapter les pratiques à la santé communautaire
- ▶ Sortir de l'unité pour s'ouvrir davantage sur un accompagnement des usagers au cœur de la cité (professionnels mobiles, en vue de la constitution de l'EM)
- Revoir les accompagnements et animations en orientant davantage sur la responsabilisation des usagers dans la gestion de leur vie quotidienne et de leur environnement :
 - ▶ Activités au sein du service (ex. : cuisine thérapeutique, surveillance de l'hygiène/entretien de la chambre)
 - ▶ Accompagnements vers l'extérieur (ex. : rendez-vous spécialisés, démarches administratives ou personnelles) sur des temps individuels et collectifs.
- Fermer des lits et redéployer du temps d'accompagnement - selon le plan de réduction de lits préconstruit
- ▶ 2028 :
 - Mettre en place le studio test
 - Recruter un médiateur santé-pair : utiliser son expérience vécue des troubles psychiques et de son parcours de rétablissement pour soutenir les usagers dans leur propre processus de rétablissement, contribuer aux activités de réhabilitation psychosociale en lien avec l'équipe pluridisciplinaire. Le médiateur santé-pair comme personne ressource pour l'équipe en apportant un éclairage sur le vécu des troubles, les leviers et les freins du point de vue des usagers.
 - Intégrer progressivement les nouvelles activités et accompagnements vers l'extérieur
 - Développer le maillage partenarial : activer et pérenniser la collaboration avec les partenaires : GEM, mairies, tissu associatif, accès à la culture, mandataires judiciaires, groupes de pairs aidants, etc. L'objectif est d'ouvrir l'hôpital sur l'extérieur et faciliter le tremplin vers la citoyenneté en lien avec les activités et accompagnements identifiés à développer. Piloter par l'éducateur spécialisé, l'assistante sociale et la cadre de santé avec l'équipe soignante en référence. Travailler avec les CLSM et GEMS du secteur + adhésion à la maison de la santé mentale
 - Locaux de l'unité Camille Claudel :
 - ▶ Travailler avec le projet immobilier de fusion des structures de Lingolsheim et d'Illkirch pour intégrer des locaux dédiés au cœur du territoire du PEMSS
 - ▶ Evaluer les besoins en rénovation des locaux actuels (intégrant la perspective de 15 lits en 2030)
 - Fermer des lits et redéployer du temps d'accompagnement - selon le plan de réduction de lits préconstruit
- ▶ 2029 :
 - Poursuivre le déploiement d'activités de préparation à la sortie / accompagnements vers l'extérieur
 - Evaluer la première année d'expérimentation du studio test
 - Créer l'équipe mobile d'accompagnement des usagers au cœur de la cité
 - Fermer des lits et redéployer du temps d'accompagnement - selon le plan de réduction de lits préconstruit
- ▶ 2030 :
 - Réduire à 15 lits l'unité Camille Claudel
 - Ouvrir des locaux dédiés au cœur du territoire du PEMSS et rénover les locaux actuels
 - Evaluer le nouveau fonctionnement de l'unité CC mis en place et pérenniser les accompagnements et activités
 - Une attention particulière sera portée sur l'identification et le dimensionnement des besoins et sources de financements. Le studio d'évaluation est d'ores et déjà opérationnel. MSP et la rénovation des locaux non budgéter
- ▶ Les indicateurs de réalisation :
 - ▶ Nombre de personnel formé et formations déployées
 - ▶ Nombre d'activités d'autonomie animées, et nombre d'interventions de partenaires extérieurs.
 - ▶ Nombre de patients suivis, Taux de réintégration/orientation réussie vers le domicile ou les structures extra hospitalières,
 - ▶ File active équipe mobile.
 - ▶ Renforcement de la qualité et expérience patients/professionnels (liée aux valeurs Respect, Bientraitance, Qualité). Évaluation de l'autonomie des patients dans les AVQ (Activités de la Vie Quotidienne).
 - ▶ Nombre de lits ouverts au sein de l'unité.
 - ▶ Intégration de locaux au cœur du territoire du PEMSS.

Valoriser le savoir et le vécu expérientiel des personnes concernées

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Au niveau national, la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes concernées par les troubles psychiques constitue un axe majeur des politiques de santé mentale orientées vers le rétablissement. Le développement des fonctions de médiateur santé pair (MSP) et de pair aidant est encouragé par les recommandations institutionnelles, en tant que levier de participation des usagers, d'amélioration de l'alliance thérapeutique et de lutte contre la stigmatisation, en intra comme en extra hospitalier.
- ▶ Au sein du CHE, le déploiement de la pair-aidance demeure partiel et hétérogène. Actuellement, un médiateur de santé-pair est en poste au PEMSS, tandis qu'un contrat de bénévolat existe pour une paire aidante (sans formation) au sein de Restart. Un recrutement de MSP est en cours pour l'EAR à l'équipe mobile Diapason, et un projet est à l'étude au Centre de Jour d'Erstein, sans financement identifié à ce stade.
- ▶ Par ailleurs, plusieurs associations de personnes concernées interviennent ponctuellement au sein de l'établissement (Au Bon Entendeur, association Jeff, GP3A). Ces interventions restent néanmoins limitées en fréquence, variables selon les sites et sont insuffisamment articulées avec les unités de soins.
- ▶ Ce contexte met en évidence un manque d'accessibilité des patients du CHE à des médiateur de santé-pair, tant en hospitalisation qu'en articulation intra / extra hospitalière, limitant la diffusion du savoir expérientiel et son intégration systématique dans les parcours de soins.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à améliorer l'alliance thérapeutique et limiter les réhospitalisations grâce à un maillage par des pairs. Il s'agira d'intégrer des médiateurs de santé pairs au sein des équipes de soins.
- ▶ Projet de favoriser l'intervention de pair-aidants afin de préparer l'après-sortie des patients.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Rendre le savoir expérientiel des personnes concernées plus accessible aux patients
- ▶ Limiter les ré hospitalisations par un meilleur maillage de pairs aidants à l'extérieur.
- ▶ Clarifier le statut de ce nouveau professionnel Médiateur de Santé-Pair, et favoriser une juste rémunération (bac + 3).

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 :
 - Créer un Groupe de Travail « MSP / pairs aidants » :
 - ▶ Recenser les besoins : écrire un plan de recrutement entre 2027 et 2030 (cible : 2 MSP par pôle et des médiateurs santé pair « spécialisés » pour l'EAR, Diapason, et Restart)
 - ▶ Suivre le budget nécessaire et les financements disponibles
 - ▶ Tenir une veille sur les appels à projet
 - ▶ Etudier la question du secret professionnel partagé
 - Ecrire les fiches de poste Médiateur de Santé Pair (MSP) et de pair aidant
 - ▶ Ecrire des définitions précises pour chacun des postes
 - ▶ Préciser le niveau de formation exigé

- ▶ Préciser le périmètre d'action
- ▶ Préciser la rémunération

▶ 2027 :

- Préparer l'intégration dans l'équipe des médiateurs de santé-pairs :
 - ▶ Cibler des formations obligatoires dès le recrutement (spécifiques des besoins MSP / pair-aidants)
 - ▶ Prendre en compte leur potentielle fragilité psychique,
 - ▶ Organiser des Groupes d'Analyse de Pratiques (GAP),
- Coordonner l'organisation de ces nouveaux professionnels
- Créer un catalogue de formations à l'accueil de professionnels MSP
 - ▶ Pour tous les professionnels
 - ▶ Formations obligatoires à suivre par les services en amont de l'accueil d'un MSP
 - ▶ Dont le développement de la culture de la médiation de santé pair
- Mettre en œuvre les formations
- Recruter les premiers MSP / pair aidants – sous réserve de financements

▶ 2028 :

- Poursuivre les formations et les adapter si besoin
- Recruter des MSP / pair aidants – sous réserve de financements et cibles inscrites dans le plan de recrutement
- Faire une évaluation intermédiaire des premiers postes en place (indicateurs, retours d'expérience) et discuter des résultats au sein du GT
- Etudier l'opportunité de favoriser la réinsertion professionnelle au sein du CHE (ex. : accueil ponctuel de patients à l'espace cafétéria)

▶ 2029 :

- Poursuivre le recrutement des MSP / pair aidants – sous réserve de financements et cibles inscrites dans le plan de recrutement
- Mettre en place des actions de réinsertion professionnelle au sein du CHE

▶ 2030 :

- Procéder à l'évaluation du dispositif, mettre en place des actions correctives et de pérennisation

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Création d'un Groupe de Travail « MSP / pairs aidants »
- ▶ Nombre d'ETP de MSP et pair aidants embauchés (dont dans les dispositifs spécifiques : EAR, « Diapason », Restart)
- ▶ Nombre de GAP réalisées
- ▶ Nombre de professionnels formés à l'accueil des MSP et pairs aidants
- ▶ File active des MSP et pairs aidants au sein des pôles du CHE
- ▶ Retours d'expérience des usagers et professionnels
- ▶ Taux d'appels à projet sur la thématique gagné

Pérenniser et développer le projet transfrontalier de réhabilitation psychosociale (projet ReStart)

■ Contexte / Diagnostic :

- En France, la réhabilitation psychosociale (RPS) constitue un axe structurant des politiques de santé mentale. Elle vise à réduire le handicap psychique, à renforcer l'autonomie fonctionnelle et sociale des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères et à favoriser leur inclusion dans la cité. Le développement de filières de RPS accessibles, coordonnées et précoces demeure cependant inégal sur le territoire national, avec des disparités marquées en termes d'offre, de lisibilité et de continuité des parcours.
- Sur le territoire alsacien, et plus précisément du CHE, ces enjeux sont particulièrement prégnants. L'offre de réhabilitation psychosociale reste partiellement structurée et ne permet pas toujours de répondre à l'ensemble des besoins des patients, notamment pour les situations complexes ou chroniques nécessitant des programmes intensifs et spécialisés. La proximité géographique avec l'Allemagne, où les dispositifs de réhabilitation psychiatrique (RPK) sont historiquement développés et largement intégrés aux parcours de soins, constitue une opportunité stratégique pour compléter l'offre territoriale et améliorer l'accès des usagers à des prises en charge adaptées.
- C'est dans ce contexte qu'est né le projet ReStart, à la suite de l'obtention en 2025 d'un financement Interreg (fonds européens) pour une durée de trois ans, jusqu'au 1er juin 2028. Pensé dans une logique territoriale et transfrontalière, le projet est porté par le Centre Hospitalier d'Erstein. Il s'agit d'un dispositif expérimental permettant aux patients du territoire d'accéder à l'offre de réhabilitation psychosociale proposée par les RPK allemands, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné par une équipe dédiée (un chargé de projet, un infirmier et un éducateur, à temps plein) basée au Centre Hospitalier d'Erstein. Cette équipe interagit avec l'ensemble des acteurs psychiatriques du Département afin de coordonner les parcours en vue d'une admission au sein des RPK Allemands et d'assurer, à l'issue de ce séjour, le lien avec le retour en France des patients et leur réinsertion dans la société, notamment leur réinsertion professionnelle.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise à pérenniser le projet ReStart transfrontalier permettant aux patients français d'accéder à l'offre de réhabilitation psychosociale allemande. L'ambition est de transformer cette expérimentation européenne en une offre pérenne et structurée sur le territoire, et ainsi pouvoir poursuivre le travail de l'équipe du CHE (coordination des parcours de soins et facilitation de la réinsertion professionnelle au retour en France).

■ Objectifs attendus :

- Objectif 1 : réaliser les missions assignées au projet ReStart détaillées dans le dossier Interreg.
- Objectif 2 : pérenniser le dispositif en termes de moyens et l'inscrire dans une logique de tarification.
- Objectif 3 : penser et porter une ambition à moyen et long terme quant au développement du projet.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

Volet 1 : Conduire et mettre en œuvre le projet ReStart

- 2026 – Août 2028 :
 - Mettre en œuvre les différentes actions prévues dans le dossier Interreg et faire vivre le projet

Volet 2 : Evaluation, évolution et pérennisation du dispositif

- 2026 :
 - Evaluation de l'avancement dispositif :
 - Sélectionner et mettre en place des indicateurs d'évaluation et d'atteinte des objectifs du dispositif
 - Initier l'évaluation bi annuelle du dispositif, grâce au suivi des indicateurs d'évaluation : identifier un référent, communiquer sur les résultats, mener des actions correctives si nécessaire, etc.
 - Créer un groupe de travail ou identifier des personnes responsables pour la recherche de pérennisation (ou à défaut de l'extension de l'expérimentation) du dispositif : modèle et source de financements, parcours et protocoles clairs, partenaires identifiés, etc.
 - Définir une périodicité de réunion du GT, ou à minima de communication de l'avancée
 - Rédiger une lettre d'intention au titre de l'article 51

■ 2027 :

- Poursuivre l'évaluation bi annuelle du dispositif, grâce au suivi des indicateurs d'évaluation
- Poursuivre la recherche de pérennisation du dispositif
- Poser la réflexion au sein du Groupe de Travail autour de la création d'une offre stationnaire sur le site du Centre Hospitalier d'Erstein par la rédaction d'un article 51 (décrire les parcours, proposer un modèle de financements adapté, consolidation des premiers résultats d'évaluation du dispositif, etc.)

■ 2028 :

- Evaluation finale du dispositif à mi année : atteinte des objectifs, identification des succès et points de vigilance dans une perspective de pérennisation / extension
 - Intégrer des retours d'expérience / données qualitatives
- A mi-année : Entamer une réflexion sur la suite à donner au projet ReStart
 - Sur la base des résultats des recherches de pérennisation réalisées, réfléchir et proposer un plan de développement du dispositif ReStart sur le territoire
 - Arbitrer sur la rédaction d'un article 51 pour créer une offre stationnaire sur le site du CHE

■ 2029 – 2030 :

- Déploiement de la solution préférentielle

Volet 3 : Promouvoir le dispositif de RPS par le travail et promouvoir la santé mentale en entreprise

■ 2026 :

- Identifier des actions de sensibilisation pertinente, à réaliser en entreprise : cibler des secteurs / types d'entreprise, repérer le niveau de connaissance de la RPS et les besoins en formation, etc.
- Identifier et contacter des entreprises, création de partenariat
- Rencontrer les équipes transfrontalières afin de préparer la création d'un « Forum annuel de réhabilitation psychosocial transfrontalier »

■ 2027 :

- Initier les interventions de sensibilisation à la RPS en entreprise
- Evaluer (questionnaires rapides, environ 5 min) et procéder à des RETEX à la fin de chaque intervention
- Organiser et mettre en œuvre la 1ère édition du « Forum de réhabilitation psychosocial transfrontalier », en lien avec les équipes transfrontalières (groupes de travail, planning de mise en œuvre, recherche d'intervenants, etc.)

■ 2028 – 2030 :

- Pérenniser le dispositif de sensibilisation en entreprise
- Reconduire tous les ans le « Forum de réhabilitation psychosocial transfrontalier »

■ Les indicateurs de réalisation :

- File active : objectif de 15 / an jusqu'en 2028
- Profil : Sexe/âge, nombre de Candidats Bilingue Fr/All
- Nombre de 1ers contacts, Nombre d'entretiens
- Origine géographique / secteur psychiatrique des candidats
- Orienteurs
- Nombre d'orientations mensuelles
- Nombre de ré hospitalisation parmi les patients pris en charge par le dispositif
- Nombre d'entreprises partenaires et d'actions de sensibilisation
- Création du « Forum de réhabilitation psychosocial transfrontalier »
- Retours d'expériences des professionnels et patients
- Solution de pérennisation actée à mi-Août 2028

Prévention, promotion et déstigmatisation de la santé mentale

■ Contexte / Diagnostic :

- Dans un contexte post-covid qui a vu l'émergence et la majoration de pathologies mentales, notamment chez les jeunes, il est important d'axer au CHE un projet sur la prévention afin d'améliorer la détection et le recours précoce aux structures de soin.
- Il existe une stigmatisation des pathologies mentales ancrée dans une vision ancienne des troubles psychiques. Cette stigmatisation touche les différentes strates de la société : professionnelle, scolaire, familiale, communautaire.
- Le grand public est insuffisamment informé des différentes façons de prendre soin de sa santé mentale, de même de l'accès aux dispositifs existant, et les associations dans le champ de la santé mentale et du handicap et les dispositifs qu'ils portent sont insuffisamment connus.
- Ce défaut d'information associé aux problématiques de stigmatisation ainsi que des offres de soin limitées, conduisent à des prises en charges tardives, complexes et parfois traumatisantes avec une perte de chance pour le patient et ses proches.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise à positionner le CHE en acteur clé de la prévention en santé mentale sur son territoire, pour favoriser le recours précoce aux soins, par :
 - Des actions de déstigmatisation touchant toutes les strates de la société, notamment en milieu scolaire et professionnel
 - Le renforcement et le développement des partenariats locaux, et l'élaboration d'une stratégie de communication

■ Objectifs attendus :

- Positionner le CHE comme acteur majeur dans la prévention de santé mentale sur son territoire.
- Faciliter le recours aux soins en santé mentale, sans culpabilité ni peur d'une ostracisation, par le biais de la déstigmatisation des pathologies mentales
- Augmenter la visibilité des acteurs de santé mentale territoriaux auprès de la population dans une logique du « aller-vers », et informer un public, le plus large possible, des dispositifs existants et des différentes manières de prendre soin de sa santé mentale

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026 :
 - Faire un état des lieux des dispositifs et partenariats existants et fonctionnels, et créer une base de données
 - Recenser les outils de communication existants et envisagés - en lien avec la fiche 1.6 « améliorer le lien ville-hôpital »
 - Se rapprocher du service communication pour envisager une évolution du site internet du CHE permettant l'intégration de newsletter / base de données
- 2027 :
 - Communiquer auprès des différents acteurs identifiés la base de données réalisée, recensant des dispositifs et partenariats existants et fonctionnels
 - Créer une newsletter
 - reprendre les différentes actions de communication, information en santé mentale organisée dans le territoire ;
 - construire un plan de communication
 - lancer la diffusion

- Amorcer un partenariat avec l'IFSI du Pays d'Erstein

➤ 2028 :

- Mettre à disposition des partenaires l'annuaire Psymap – en lien avec la fiche 1.6 « améliorer le lien ville-hôpital »
- Etendre la communication sur les réseaux sociaux (base de données et Newsletter)
 - Construire un plan de communication
 - Diffusion plus large sur internet (Youtube, Tiktok), en lien avec des partenariats tel que l'IFSI
- Construire un programme d'interventions pour la prévention, la déstigmatisation et la promotion de la santé mentale
 - Réaliser des actions dans le cadre des semaines d'information en santé mentale
 - Recenser les colloques existants et à venir
 - Programmer des colloques dans et en dehors des murs du CHE
 - Programmer des portes ouvertes entre intra- extra-
 - Questionner le développement de formats/journées mixtes (présentiels, webinaire)
- Créer une cellule pour former et informer les professionnels de santé de première ligne
- Développer les partenariats avec les CPTS du territoire – en lien avec la fiche 1.6 « améliorer le lien ville-hôpital »
 - Examiner les travaux prévus avec la CPTS d'Erstein
 - Examiner les travaux réalisés par la CPTS de Strasbourg avec l'éducation nationale afin de les reproduire au sein des CPTS d'Erstein et de Sélestat

➤ 2029 – 2030 :

- Sur le modèle et les enseignements tirés de ce qui a déjà été développé : renforcer les liens avec d'autres acteurs du territoire locaux (ex. : conseils locaux de santé mentale, mairies, collectivités territoriales, département, région), et institutionnels (ex. : éducation nationale, PMI, crèche, maternité, facultés)
 - Identifier les besoins en actions de sensibilisation et de déstigmatisation
 - Proposer des partenariats et plans d'interventions
- Poursuivre les actions de communication
- Initier les interventions selon le planning fixé (colloques, journées mixtes, etc.)
- Pérenniser les dispositifs et partenariats selon les nouveaux besoins, les retours d'expériences et le développement des acteurs sur le territoire du CHE

■ Les indicateurs de réalisation :

- Nombre d'actions dans le cadre des Semaines d'information en santé mentale réalisées et évaluation de ces dernières
- Nombre de colloques, portes ouvertes, format/journées mixtes organisés et participants
- Nombre de newsletter, postes/vidéos sur les réseaux sociaux diffusés
- Nombre d'interventions au sein de l'IFSI du Pays d'Erstein
- Création effective de la base de données
- Nombre de partenariats créés et interventions de sensibilisation / déstigmatisation réalisées
- Nombre d'intervention de la cellule auprès des professionnels de santé de première ligne
- Evaluation des partenariats avec les CPTS du territoire (nombre de rencontres, nombre de programmes construits en commun, etc.)

Structurer et pérenniser la psychoéducation et l'éducation thérapeutique du patient

■ Contexte / Diagnostic :

- Problématique actuelle : la psychoéducation est reconnue comme un soin essentiel, mais son déploiement est actuellement hétérogène au sein de l'établissement. Il existe un besoin de structurer l'offre et d'harmoniser les pratiques entre les pôles.
- Enjeux Institutionnels :
 - Pérennisation : le financement ARS (300€/patient) rend impérative la structuration de l'activité (via l'UF ETP) pour compenser la perte de l'aide et garantir la visibilité de ces soins.
 - Objectif stratégique : 5 programmes ETP labellisés d'ici 5 ans (2026-2030), ce qui nécessite de garantir la formation, la création de supports universels, et la formalisation des projets (« Pharmacovigilance », « TSA »).

■ Descriptif du dispositif :

- Le projet vise la mise en place progressive d'une offre de psychoéducation graduée et systématique (2025-2029) allant de l'Hospitalisation Complète (HC) aux CATTP. Le dispositif repose sur :
 - La création d'une Unité Fonctionnelle (UF) ETP et d'une équipe mobile d'appui (Fonction Support) pour le soutien méthodologique et administratif.
 - L'harmonisation des programmes via un support universel et une boîte à outils commune.
- En résumé, l'UF sécurise les ressources et le temps (le « pourquoi » et le « quoi »), tandis que l'Équipe Mobile apporte le soutien opérationnel et méthodologique (le « comment ») pour que les professionnels puissent lancer les projets nécessaires pour atteindre la cible des 5 programmes.

■ Objectifs attendus :

- Qualité et systématisation : positionner la psychoéducation comme un soin systématique à proposer à tout stade du parcours patient, selon un principe de gradation.
- Reconnaissance et homogénéité : atteindre 4-5 programmes labellisés ETP (intégrant les dimensions santé mentale et physique) et viser l'offre de soins la plus homogène possible entre les pôles.
- Fonction support : mettre en place une fonction support permanente et experte au service de tous les pôles (coordination, aide méthodologique, formation, évaluation).
- Veille : réunir 2x/an le groupe pilote de coordination et 1x/an en plénière. Garder le lien avec ETP Grand Est et l'UTTEP GHT

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2025-2026 : Structuration & Harmonisation
 - Création et formalisation de la fonction support et de l'UF ETP. Inventaire des programmes existants (mission cadres) et des professionnels formés.
 - Conception du support universel et de la boîte à outils (trame commune) ex. arbre à palabre, pour les programmes trans-diagnostiques.
 - Lancement de l'inventaire inter-établissement

- Placer ATISE et EAR au centre de la coordination

► 2026-2027 : Déploiement & Formation

- Lancement des programmes socles (Niveau 1) sur les pathologies courantes.
- Consolidation du rôle de l'EAR dans l'essaimage des programmes aidants (BREF...).
- Une mission d'inventaire des programmes ETP/Psychoéducation au CHE, à l'EPSAN et à Rouffach sera confiée à l'EAR
- Créer une trame commune pour tous les groupes de psychoéducation, calquée sur le modèle ETP labellisé, pour garantir une rigueur méthodologique.
- Organisation des premières sessions de formation par la fonction support. Aide à la déclaration ARS et au suivi des programmes autorisés.

► 2027-2028 : Harmonisation (Niveau 2) & Évaluation

- Conception/harmonisation des nouveaux programmes spécifiques (borderline, TSA, TDA, addictions) avec l'offre interpolaire.
- Mise en place d'un réseau interne d'experts fédéré par la fonction support. Lancement de l'évaluation d'impact des programmes.

► 2028-2029 : Pérennisation & ETP

- Evaluation globale du dispositif et ajustements.
- Aide à la création de « parcours ETP » en s'appuyant sur les programmes de psychoéducation autorisés

■ Les indicateurs de réalisation :

- Nombre de patients avec acte de psychoéducation.
- Nombre de services / unités proposant de la psychoéducation.
- Taux d'utilisation du support universel et de la boîte à outils.
- Nombre de professionnels formés à la conception / animation de programmes.
- Nombre de programmes autorisés ARS (ETP) et suivis (Cible : 4-5°)

Repenser l'organisation des unités d'admission

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le CHE comprend actuellement 2 unités d'admission adultes de 32 lits chacune accueillant des profils de patients mixtes comprenant des personnes fragiles et vulnérables et des patients aux profils plus psychopathiques.
- ▶ Certains patients présentent des troubles psychiatriques complexes nécessitant des approches spécifiques en raison de la sévérité des symptomatologies, de l'impulsivité potentielle et des exigences sécuritaires associées. Les unités d'admission fermées renforcent les tensions et l'agressivité de ces patients entre eux et envers les soignants, qui doivent gérer des situations de crise fréquentes et maintenir une vigilance accrue. Les patients à profils dangereux cohabitent avec des patients présentant moins de troubles ou des patients vulnérables, exposant ces derniers à un environnement potentiellement très insécurisant, compliquant le travail thérapeutique.
- ▶ Les tensions et l'agressivité génèrent :
 - Chez les patients vulnérables et ayant moins de troubles : des demandes de sorties prématurées par refus de poursuite de l'hospitalisation au vu des conditions, accentuation des angoisses...
 - Chez les soignants : un sentiment d'insécurité, une complexité organisationnelle (ce qui contribue à une moindre attractivité de ces unités mixtes, rendant difficile le recrutement et la fidélisation des professionnels).
- ▶ Parallèlement, une réflexion s'est engagée au CHE sur l'ouverture des unités d'admissions permettant de favoriser la liberté d'aller et venir d'un grand nombre de patients.
- ▶ Dans ce contexte, une réflexion a été engagée en vue de regrouper au sein d'une unité « médico-légale » des patients considérés comme « dangereux » (ex. : SPDRE, détenus...) ou nécessitant une surveillance intensive, des autres patients pour mieux accompagner le rétablissement de chacun, de proposer des soins adaptés à chacun, et de soutenir les professionnels de santé dans leurs missions.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à transformer les unités Simone Weil (SW) et Victor Hugo (VH) en unités ouvertes avec une diminution du nombre de lits (De 1 à 4 lit par unité). La capacité finale sera arbitrée par le Directoire sur proposition du groupe de travail. Il vise aussi à créer une unité intersectorielle fermée de 12 lits avec patio attenante (pas de visu sur les autres patio), permettant d'accueillir les profils de patients « dangereux » (ex. : SPDRE, détenus) ou nécessitant une surveillance intensive sur une période où les symptômes sont très bruyants (après stabilisation de leur état les patients retourneront dans leur unité d'origine).

■ Objectifs attendus :

- ▶ Améliorer la sécurité et la qualité des soins
 - Améliorer l'accueil des patients,
 - Développer l'expertise dans la PEC des soins complexes, et réduire le recours à l'isolement et à la contention
 - Permettre aux patients les plus vulnérables de se reconstruire en les préservant autant que possible des situations d'agressivité
- ▶ Renforcer le bien-être et la fidélisation des équipes : renforcer l'attractivité des unités SW et VH pour les professionnels (PM et PNM) et diminuer le turn-over

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 – 1re sem. 2027 : mise en place d'un groupe de travail, pour planifier la réorganisation :
 - Composition du groupe de travail

- Identifier chaque étape nécessaire à la mise en place de la nouvelle organisation, et faire un rétroplanning
- Réorganisation RH :
 - ▶ Estimer les besoins en personnel (PM, PNM) et identifier les redéploiement ou besoin de recrutement ; évaluer le temps médical nécessaire pour permettre la couverture médicale continue sur l'unité fermée
 - ▶ Fléchir l'affectation des professionnels sur chaque unité et revoir les maquettes organisationnelles
 - ▶ Identifier les ressources cibles nécessaires :
 - Unités ouvertes, pour chacune des unités VH (entre 28 et 31 lits ouverts) et SW (entre 28 et 31 lits ouverts) : 5 IDE/poste (Ma et S) et 2 soignants/nuit
 - Unité intersectorielle fermée, 4 IDE/poste et 2 IDE/nuit + 1 éducateur de jour 7J/7,
 - 2 ES « réduction isolement contention » intervenant prioritairement sur l'unité fermée, puis sur les 2 unités d'admission ouvertes,
- Elaborer un planning de formations pour le personnel soignant (formations internes, prise en charge pré et post isolement, DAP, connaissances cliniques, formation oméga – en lien avec les formateurs de la fiche action 4.10, Gestes et Postures en Situation de Conflit, etc.)
- Ecrire les projets de soin des unités
- Budgéter la transformation des unités en terme matériel (dont création de chambre d'apaisement, pièce de défolement avec accès autonome, salle de sport, etc.),
- Valider les financements propres
- ▶ 2e sem. 2027 - 2028 : reconfiguration des unités
 - Lancer la reconfiguration spatiale en 2 unités ouvertes et de l'unité fermée
 - Recruter et former les professionnels nécessaires à l'atteinte des ressources cibles
 - Mettre en œuvre les projets de soins
 - Systématiser la participation aux réunions cliniques en présentiel ou en visio pour une meilleure connaissance du patient et favoriser les relais intra-extra
- ▶ 2029 - 2030 : évaluation du nouveau dispositif
 - Suivre régulièrement les indicateurs de réalisation
 - Concevoir des enquêtes à destination des patients et des soignants concernant leur perception et leur avis sur le nouveau dispositif, et évaluer les meilleurs canaux de communication
 - Diffuser l'enquête, analyser et partager les résultats de l'enquête avec des mesures correctives si nécessaire

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Indicateurs qualité des soins
 - Diminution des situations d'hétéro-agressivité,
 - Amélioration de la satisfaction des patients et de l'expérience patient,
 - Durée d'hospitalisation dans les unités d'hospitalisation temps complet,
 - Diminution des CSI.
- ▶ Indicateurs RH
 - Taux de poste initialement prévus réellement couverts par unité,
 - Diminution des AT,
 - Fidélisation des équipes (baisse du turn-over),
 - Nombre de formations suivies/unité,
- ▶ Indicateurs structurels
 - Taux d'occupation / taux de rotation des lits par unité
 - Nombre de participation à des réunions cliniques

Favoriser la liberté d'aller et venir

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ En France, la liberté d'aller et venir est reconnue comme un droit fondamental des personnes hospitalisées, y compris en psychiatrie. Le cadre législatif et les recommandations de la HAS, encadrent strictement les restrictions possibles : elles doivent être exceptionnelles, motivées par un risque immédiat, réévaluées régulièrement et proportionnées à la situation clinique du patient. Malgré cette base juridique, les pratiques observées dans les établissements restent très variables selon les unités et les cultures de service, y compris au CHE.
- ▶ L'absence de liberté de circuler au sein de l'unité et l'hôpital (fermeture des portes, permissions limitées, interdictions systématiques) peut susciter chez les patients un fort sentiment de contrainte, d'injustice ou d'infantilisation. Même lorsqu'elles sont motivées, ces mesures sont souvent vécues avec incompréhension et peuvent générer des tensions relationnelles, de l'agitation, des conduites oppositionnelles, voire des épisodes d'hétéro-agressivité. La privation ressentie de liberté altère la confiance envers les équipes soignantes et complique la mise en œuvre du projet thérapeutique.
- ▶ Ces enjeux sont d'autant plus marqués au CHE, qui accueille trois grandes catégories de patients aux besoins et réglementations distincts :
 - les mineurs, pour lesquels la loi impose des unités fermées et un encadrement renforcé,
 - les patients de psychiatrie adulte, où la liberté d'aller et venir doit être la règle et les restrictions strictement justifiées,
 - les patients âgés, notamment ceux présentant des troubles cognitifs (DIP, PPA) en UHR, pour lesquels des limitations peuvent être nécessaires pour prévenir le risque de fugue ou de mise en danger.
- ▶ Cette diversité de profils renforce la nécessité d'une harmonisation des pratiques, d'une évaluation individualisée du risque (et non de décisions systématiques), et d'une pédagogie renforcée auprès des patients, afin de concilier sécurité, respect des droits fondamentaux et qualité des soins.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise l'ouverture progressive des unités adultes du CHE pour évoluer vers un « Hôpital ouvert » (grâce à un système de badges pour tous), via le changement de paradigme pour considérer que tout le monde peut sortir, sauf exception sur prescription médicale.
- ▶ Il s'agira de commencer par l'ouverture d'une unité, puis d'élargir à l'ensemble des unités adultes de l'établissement.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Respecter les droits des patients
- ▶ Améliorer la qualité de vie des équipes et des patients (diminuer les tensions et les situations d'agressivité, le recours aux mesures de contentions et les accidents de travail)

▶ Améliorer l'alliance thérapeutique

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 – 1er semestre 2027 : préparation de l'expérimentation
 - Organiser des formations médico-soignantes
 - Développer la culture du lien (ex. : travailler l'alliance thérapeutique)
 - Organiser et développer un EPP « liberté d'aller et venir » dans les unités fermées
 - Réécrire la charte d'engagement sur la liberté d'aller et venir : redéfinir le cadre (dont indications à restreindre la liberté d'aller et venir) et réécrire l'engagement patients (responsabilité, badge, drogues...)
- ▶ 2e semestre 2027 – 1er semestre 2028 : lancement de l'expérimentation
 - Programmer et distribuer des badges pour tous les patients – en lien avec les services techniques
 - Expérimenter l'ouverture d'une première unité
 - Colloque « liberté d'aller et venir »
- ▶ 2e semestre 2028 – 2029 : évaluation et extension
 - Evaluer l'expérimentation auprès des usagers et des professionnels de santé : par le biais d'une enquête qualitative et d'indicateurs de suivi
 - Etendre progressivement le dispositif à toutes les unités adultes du CHE
- ▶ 2030 : pérennisation du dispositif
 - Evaluation régulière du dispositif et amélioration continue

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nombre d'unités ouvertes
- ▶ Nombre d'EPP organisées et résultats
- ▶ Nombre de professionnels de santé formés
- ▶ Taux accidents travaux
- ▶ Taux situations d'héro agressivité
- ▶ Taux iso / contention
- ▶ Taux satisfaction des patients
- ▶ Taux satisfaction des professionnels
- ▶ Résultats qualitatifs de l'enquête auprès des professionnels et patients

Atteindre un objectif de zéro isolement et zéro contention

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ L'isolement et la contention sont des pratiques coercitives aux conséquences psychologiques et humaines potentiellement graves, pouvant altérer la relation thérapeutique et la confiance des patients. En France, le cadre législatif et réglementaire renforce l'encadrement strict de ces mesures, impose leur traçabilité et vise leur réduction significative. Les établissements de santé sont ainsi engagés dans la dynamique nationale « 0 isolement, 0 contention », encourageant la prévention des situations de crise, le développement d'alternatives thérapeutiques et la sécurisation des pratiques.
- ▶ Au sein du CHE, il existe 9 chambres d'isolement et 2 sont en construction dans le bâtiment ados et jeunes adultes (BAJA), soit 11 au total, ce qui est jugé trop important par les équipes. De plus, les statistiques d'isolement y sont élevées : environ 43% de patients en soins sous contrainte ont des mesures d'isolement (contre 37% en France), et 30% à 60% des chambres d'isolement sont occupées en fonction des périodes.
- ▶ Plusieurs problématiques pourraient expliquer ces chiffres qui impactent la qualité des soins : l'absence de professionnels dédiés aux activités pour les patients, l'inexpérience et le manque de formation des jeunes infirmiers (en psychiatrie et plus précisément à la « désescalade », au désamorçage de situations à risque), ainsi qu'un encadrement soignant insuffisant (systématiquement en « mode dégradé » en raison des besoins d'accompagnements lourds, et des arrêts de travail / postes vacants).

■ Objectifs attendus :

- ▶ Tendre vers l'objectif national « 0 isolement, 0 contention »
- ▶ Diminuer les recours à l'isolement et à la contention
- ▶ Diminuer les temps d'isolement et de contention

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 :
 - Construire un plan de formation pour les soignants des unités adultes :
 - ▶ Identifier les formations nécessaires et cibler des formateurs (interne ou externe)
 - ▶ Exemples de thématiques envisagées : psychopathologie et clinique psychiatrique, techniques de désescalade comme Oméga
 - ▶ Former des formateurs à la formation Oméga
 - ▶ Réaliser un planning des formations proposées
 - Renforcer les activités :
 - ▶ Renforcer le dispositif pour le projet apaisement et mettre en place des actions qui faciliteraient l'utilisation (ex. : utilisation de tablettes murales sécurisées)
 - ▶ Développer la mise en place d'éducateurs en journée, dédiés aux activités thérapeutiques internes à l'unité
 - Evaluer et améliorer les pratiques :
 - ▶ Affecter des soignants dédiés au sein de la synoptique des tâches

- ▶ Etablir un planning de réunions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la pratique d'isolement et de contention, en intégrant des usagers
- ▶ Etudier la pertinence de systématiser une évaluation clinique médecin-soignant pour discuter de la pertinence de la poursuite de l'isolement

- Etablir le budget de l'aménagement, la rénovation et la mise aux normes des chambres d'isolement

▶ 2027 :

- Initier les formations de soignants selon le planning établi
- Mettre en œuvre les premières EPP, et ajuster les pratiques au fur et à mesure de leurs résultats
- Ecrire le projet de soins « isolement – contention », et mener une réflexion sur l'isolement des détenus
- Lancer l'aménagement des chambres d'isolement et de leur mobilier – sous réserve de financements : fauteuils, lits en mousse
- Améliorer le vécu de l'isolement – sous réserve de financements : télévisions, variation de l'utilisation des musiques proposées, doubles commandes (TV et musique), revues à disposition (en fonction de la symptomatologie), nouveaux pyjamas, etc.
- Anticiper la fermeture de chambres

▶ 2028 :

- Fermer une chambre d'isolement dans chaque espace (soit 2 au lieu de 3 par unité du NBH), et engager les travaux suivants – en lien avec les services techniques :
 - ▶ Mise aux normes, dont l'amélioration de la température des chambres et l'individualisation de la régulation thermique
 - ▶ Rénovation des chambres, dont la mise en place de salles de bain
- Mettre en œuvre le projet de soins isolement et contention

▶ 2029-2030 - Poursuivre les initiatives engagées, avec évaluation régulière :

- Les formations, EPP, temps d'échanges pluriprofessionnel et avec les usagers, mise en œuvre du projet de soins, etc.
- Les travaux de rénovation et mise aux normes
- La fermeture des chambres d'isolement

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nombre d'ETP d'éducateurs recrutés,
- ▶ Nombre de soignants formés aux différentes pratiques,
- ▶ Nombre d'EPP réalisées,
- ▶ Chambres mises aux normes
- ▶ Projet de soins « isolement – contention » écrit,
- ▶ Nombre de chambre d'isolement fermées par unité du NBH
- ▶ Taux d'occupation des chambres d'isolement
- ▶ Durée moyenne d'isolement
- ▶ Taux de recours aux contentions (dont patients sous contrainte)
- ▶ Durée moyenne de contention par patient

Pérenniser et développer les consultations spécialisées

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le Pôle Intersectoriel de Soins Intégrés et Spécialités (PISIS) propose, entre autres, des soins somatiques spécialisés aux patients du CHE en hospitalisation comme en ambulatoire.
- ▶ Le développement de ces offres apparaît aujourd'hui primordial.
- ▶ Il s'agit de répondre aux besoins somatiques des patients pris en charge :
 - Besoins quotidiens des patients hospitalisés,
 - Besoins spécifiques des patients d'ambulatoire (ex. : obligation d'effectuer un ECG annuel). D'autre part, par anticipation de la croissance des besoins de la population couverte par le CHE, avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population.
- ▶ En particulier, le pôle a identifié des besoins réguliers d'avis de spécialistes d'organes pour venir en appui à l'équipe médicale de psychiatres et l'Unité de Prévention et de Soins Somatiques (UPSS), ainsi qu'un besoin d'un accès rapide à des explorations complémentaires (ex. : radiologie, IRM, scanner, EEG, ECG, dépistage d'apnées du sommeil, échographie).

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à améliorer l'accès aux soins spécialisés, en priorité la cardiologie, la neurologie, la dentisterie et la podologie (puis, urologie, gynécologie/sage-femme, petite chirurgie, et rhumatologie).
- ▶ Pour ce faire, il est notamment proposé :
 - Renouvellement des équipements, et acquisition d'autres équipements (ex. : radiologie, ECG notamment pour les CMP)
 - Pérennisation des partenariats actuels (EEG, IRM Erstein), le développement de nouvelles conventions (ex. : scanner Erstein, consultations avancées au GHOS pour un accès privilégié à des spécialistes d'organes)
 - Mise en place d'un plan de formation pour le personnel médical et paramédical (ex. : lecture ECG, prise en charge des plaies/cicatrisation)

■ Objectifs attendus :

- ▶ Pérenniser et améliorer l'accès aux soins spécialisés des patients hospitalisés et ambulatoires
- ▶ Faciliter l'accès rapide à des avis de spécialistes d'organes et à des explorations complémentaires
- ▶ S'appuyer sur des ressources solides : des équipements performants et diversifiés, et des professionnels formés

■ Les actions à conduire et le calendrier de réalisation :

- ▶ 2026 :
 - Communiquer sur les prises en charge et besoins du CHE, auprès des médecins libéraux, des internes et de potentiels futurs assistants partagés (ex. : CPTS, journée portes ouvertes)
 - Développer des conventions avec le scanner d'Erstein
 - Travailler sur un plan de formation : identifier les besoins en formation, les formations disponibles ou à construire, et les

professionnels à former

- Renouveler les équipements de radiologie

▶ 2027 :

- Plan de formation : lancer les premières sessions (inscrire les paramédicaux à des sessions de formations, organiser la formation des médecins et des internes)
- Etudier l'opportunité d'acquérir de nouveaux équipements (ex. : ECG notamment pour les CMP)
- Travailler avec le GHOS sur le potentiel déploiement de consultations avancées
- Etendre l'activité de radiologie : développer le champ d'action et revoir l'organisation pour augmenter le nombre de créneaux proposés

▶ 2028 – 2030

- Plan de formation : pérennisation (retours d'expérience, besoins complémentaires, etc.)
- Pérenniser le partenariat avec le GHOS
- Evaluer et pérenniser l'activité de radiologie
- Proposer de nouvelles prises en charge (ex. : développer la télémedecine)

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nombre de conventions signées
- ▶ Nombre de vacataires extérieurs intervenants à l'UPSS
- ▶ Nombre d'actes de radiologie
- ▶ Nombre d'ECG réalisés en extrahospitalier
- ▶ Nombre de professionnels formés

AXE 5 - Développer la recherche et élargir l'offre de soins somatiques et intégrée

Dr SAVOY, V. FREUND, L. BORNERT, S. SCHWOERTZIG, A. ROGER

Développer les actions de prévention

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Les patients admis en soins psychiatriques sont parfois plus à risque pour des pathologies somatiques, en raison de leurs troubles psychiatriques.
- ▶ En effet, il est constaté chez ces patients une diminution de l'espérance de vie liée aux surmortalités d'origine cardiovasculaire, néoplasique et métabolique. C'est pourquoi les patients accueillis au CHE présentent des besoins spécifiques nécessitant une approche préventive adaptée : surconsommation de tabac, BCPO, cancers, pathologies métaboliques liées à l'iatrogénie et au mode de vie (conduites à risques, perturbation du sommeil, etc.).
- ▶ Le Pôle Intersectoriel de Soins Intégrés et Somatiques (PISIS) est déjà bien développé en intra hospitalier, et chaque patient admis bénéficie notamment d'une consultation somatique, avec un point sur les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques, et les dépistages.
- ▶ Le pôle souhaite renforcer cette démarche, en déployant une culture de prise en charge globale et en améliorant des approches préventives, adaptées aux besoins spécifiques des patients.
- ▶ En complément, et pour prendre en compte les patients d'ambulatoire, un projet d'équipe mobile de soins somatiques en ambulatoire (EMSSA) fait également l'objet d'une fiche action (5.3) et sera inscrite au projet médico-soignant 2026-2030 du CHE.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à :
 - renforcer les actions de prévention existantes et développer les partenariats externes (notamment la nutrition, l'activité physique (APSA) et les dépistages),
 - mieux communiquer sur les actions et événements de prévention proposés
 - former en continu les professionnels.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Déployer une culture de prise en charge globale
- ▶ Développer et améliorer la prévention et les indicateurs de santé publique
- ▶ Développer la culture de la prévention auprès des soignants et développer les formations à l'ETP

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026 :
 - Conforter les actions de prévention existantes et évaluer les besoins en prévention non comblés
 - ▶ Renforcer le label 'Lieu de santé sans tabac'
 - ▶ Développer les partenariats existants et en chercher de nouveaux, selon les offres à développer (ex. : CPTS, SOS hépatite, maison sport santé)
 - Mettre en place un programme de formation continue pour les professionnels médicaux et paramédicaux : sensibiliser et former aux actions de prévention proposées (ex. : programmes ETP)

- Formaliser un calendrier des actions de prévention annuelles et développer la communication et les animations
 - ▶ Recenser l'ensemble des actions et événements (ex. : campagnes de dépistages, journées de prévention santé, ETP pratiquées, etc.)
 - ▶ Etudier les outils de communication disponibles et pertinents selon la cible (ex. : patients, familles, partenaires, etc.)
- Renforcer l'accompagnement et l'orientation des patients suite aux événements de prévention (ex. : journées de dépistages)

▶ 2027 – 2028 :

- Développer l'offre de prévention et mettre en place de nouveaux diagnostics, en interne ou par des partenariats :
 - ▶ La nutrition : cuisine thérapeutique, offre de cafétéria
 - ▶ La pratique d'activité physique, notamment par le lien avec la Maison Sport Santé du Pôle APSA (Accompagnement Prévention Santé Alsace)
 - ▶ La prévention des risques infectieux, par la formation des soignants /médecins et l'information des patients (ex. : dépistages IST)
 - ▶ Polysomnographie, sous réserve de l'acquisition d'un polysomnographe – en lien avec la fiche 1.9 « Mettre en place une filière sommeil »
 - ▶ L'addictologie – en lien avec la fiche 1.8 « Renforcer l'action de l'équipe de liaison intersectorielle psychiatrie-addictologie (ELPA) »
- Développer des actions auprès des familles
- Identifier les professionnels à former et lancer les sessions de formation
- Diffuser largement le calendrier des actions de prévention et le tenir actualisé

▶ 2029 – 2030 :

- Développer l'ETP en extra-hospitalier, en lien avec l'EMSSA - fiche 5.3 « Développer une Equipe Mobile de Soins Somatiques Ambulatoire (EMSSA) »
- Pérenniser les offres de prévention déployées (retours d'expérience et ajustements)
- Pérenniser l'offre de formation des professionnels (retours d'expérience, évolution des formations proposées selon les offres déployées)

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ nombre de personnel formé,
- ▶ nombre de patients suivis,
- ▶ nombre de nouvelles offres déployées
- ▶ nombre de réunions de coordination,
- ▶ satisfaction des usagers/patients
- ▶ évaluation régulière du dispositif

AXE 5 - Développer la recherche et élargir l'offre de soins somatiques et intégrée

Dr Géraldine PFLEGER, Dr Janane MOUALLA

Développer une Equipe Mobile de Soins Somatiques Ambulatoire (EMSSA)

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le projet part du constat d'une dégradation notable de l'état de santé somatique des patients suivis en psychiatrie en ambulatoire dans le Grand-Est, particulièrement au CHE. Historiquement suivis pour l'ALD 13 (psychiatrique), ces patients présentent de plus en plus souvent des besoins de soins pour deux voire plusieurs pathologies chroniques différentes relevant d'une ALD. L'espérance de vie de ces patients est écourtée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale, principalement en raison de surmortalités d'origine cardio-vasculaire, néoplasique et métabolique.
- ▶ Les enjeux sont les suivants :
 - Moindre accès aux campagnes de dépistage, de prévention et aux soins somatiques (médecins généralistes inclus).
 - Virage ambulatoire qui risque d'aggraver l'accès aux soins somatiques en dehors des hospitalisations complètes.
 - Difficulté croissante à trouver un médecin traitant, augmentant le risque de rupture de soins.
- ▶ Ce constat est corroboré par les recommandations de bonnes pratiques et les dernières recommandations de l'HAS intégrant le suivi somatique ambulatoire comme des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS).

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Il s'agit de créer une Équipe Mobile de Soins Somatiques en Ambulatoire (EMSSA), un dispositif unique dans le Grand-Est. L'EMSSA propose une réponse innovante sans se substituer aux dispositifs de droit commun ni au suivi somatique habituel. L'équipe s'adressera aux patients adultes des six centres de jour adultes du Centre Hospitalier d'Erstein (Strasbourg Sud, Illkirch, Lingolsheim, Erstein, Obernai, Sélestat) présentant des comorbidités somatiques associées.
- ▶ L'EMSSA assurera :
 - Une évaluation somatique et addictive complète.
 - L'établissement d'un bilan des besoins.
 - Un accompagnement et une orientation vers les professionnels adéquats (médecin généraliste, spécialistes, programmes ETP, etc.).
- ▶ L'équipe sera pluridisciplinaire, composée de 0,8 ETP Médecin Généraliste, 0,6 ETP Infirmière en Pratique Avancée (IPA) (par redéploiement), 1 ETP IDE et 0,1 ETP secrétaire médicale (par redéploiement).
- ▶ Le fonctionnement repose sur un partenariat fondamental avec les structures de coordination (notamment le DAC) et les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS) (Pays d'Erstein, Strasbourg Eurométropole Sud-Ouest, Centre Alsace, Obernai) et les médecins généralistes.

■ Objectifs attendus :

- ▶ L'objectif principal est d'améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes adultes suivies en psychiatrie ambulatoire.
 - Repérer et sécuriser le parcours de soins : Repérer les patients en

rupture de soins somatiques pour établir un point médical, un bilan des besoins, et les réinsérer durablement dans le système de soins somatiques.

- Prévention et promotion de la santé : Délivrer des messages de dépistage, de prévention et de promotion de la santé, orienter vers des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) si nécessaire.
- Renforcer la coordination Ville-Hôpital : Sécuriser durablement le parcours de santé en collaboration avec les médecins généralistes (médecin traitant/CMP non fonctionnel).

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ Juillet à Sept. 2026
 - Constitution du dossier ; Présentation du projet au bureau CPT-Bas-Rhin et en AG CPT-Bas-Rhin.
- ▶ Dès accord (2026-2027)
 - Discussions opérationnelles ; Préparation au début de l'activité ; Recrutement des agents ; Conclusion des partenariats ; Communication (sous réserve de financement).
- ▶ Avril 2027
 - démarrage : début de l'activité pour le premier centre de jour (Erstein) puis déploiement progressif.
- ▶ 2027-2028
 - suivi
- ▶ Octobre 2027
 - premier bilan écrit à N+6 mois (mesure de l'activité, analyse qualitative, réajustements).
- ▶ Décembre 2027
 - bilan annuel.
- ▶ 2028-2029
 - Pérennisation : poursuite du déploiement progressif sur les autres Centres de Jour. Évaluation annuelle de chaque patient.
- ▶ 2029-2030 :
 - pérennisation : poursuite de l'activité sur l'ensemble des 6 Centres de Jour.

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nombre de patients vus au total par an.
- ▶ Nombre de patients orientés vers un médecin traitant.
- ▶ Nombre de patients toujours suivi par leur médecin traitant à 6 mois et 1 an.
- ▶ Nombre de consultations par patients.
- ▶ Nombre de réunions de coordination au sein de l'équipe.
- ▶ Évaluation de la satisfaction des usagers vus par l'équipe mobile de soins somatiques.

AXE 5 - Développer la recherche et élargir l'offre de soins somatiques et intégrée

M. Laurent PATON (cadre de santé PISIS), Mme Marie-Line ROY (cadre de santé BAI)

Ouvrir et diversifier les activités thérapeutiques

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ L'accès aux Ateliers Thérapeutiques Intersectoriels d'Erstein (ATISE) reposait jusqu'à présent principalement sur une prescription médicale préalable et des groupes fermés constitués en amont par les soignants, ce qui limitait la souplesse d'intégration de nouveaux patients en cours de séjour.
- ▶ De plus, les équipes observent des difficultés d'adhésion, notamment sur les séjours prolongés.
- ▶ Les ATISE disposent déjà d'un panel riche et varié d'activités à médiation créative (ateliers manuels, médiations artistiques, etc.), ce qui constitue un atout reconnu de l'unité. Cependant, le versant des activités physiques demeure plus restreint et gagnerait à être étoffé afin de mieux répondre aux besoins somatiques et psychiques des patients. Le développement d'activités physiques adaptées, pensées en lien avec les recommandations de santé publique, permettrait de renforcer une prise en soins plus globale, en cohérence avec les enjeux de prévention (sédentarité, surpoids, comorbidités somatiques), et de rétablissement.
- ▶ Cette évolution s'inscrit également dans une logique de coordination renforcée avec d'autres professionnels (diététiciennes, médecins somaticiens, etc.), afin d'articuler les ATISE avec les objectifs du projet de soins somatiques et nutritionnels des patients. L'élargissement du panel d'activités physiques aux ATISE devient ainsi un levier pour une prise en charge véritablement pluridisciplinaire et intégrée, au service de la santé globale des personnes accompagnées.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif vise à ouvrir et diversifier l'offre d'activités thérapeutiques :
 - Rendre accessibles les ateliers à tous les patients, en mettant en place des ateliers thérapeutiques ouverts à tous les patients (avec ou sans prescription initiale), permettant une première participation puis une éventuelle prescription de régularisation
 - Déployer de nouvelles activités individuelles et groupales (ex. : physiques, créatives, culturelles, cuisine thérapeutique), et offrir une programmation plus dynamique et évolutive des ateliers (saisons, événements institutionnels/culturels)
 - Déployer l'offre d'activités physiques adaptées (APA), en renforçant les coopérations avec les unités de soins et les partenaires associatifs
 - Structurer l'organisation des ATISE (ex. : planning et coordination)

■ Objectifs attendus :

- ▶ Augmenter l'accessibilité et la participation des patients aux ATISE, en réduisant les freins administratifs et en diversifiant l'offre
- ▶ Stimuler la dynamique institutionnelle et le lien social
- ▶ Renforcer la visibilité et la compréhension du rôle des ATISE, pour les patients et professionnels
- ▶ Soutenir la santé globale, le rétablissement et l'autonomie des patients par des activités porteuses de sens.
- ▶ Renforcer et structurer l'offre d'activités physiques adaptées (APA)

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

Volet 1: formaliser et déployer le nouveau cadre de fonctionnement des ateliers ouverts.

- ▶ Acteurs : cadre PISIS/ATISE, médecins, IDE, équipes soignantes ATISE
- ▶ 2e semestre 2025
 - Elaborer une note de fonctionnement, informer les unités, intégrer la

prescription de régularisation dans les pratiques

▶ 1er trimestre 2026

- Stabilisation et ajustements

Volet 2 : réorganiser le planning des ATISE et la réunion soignant/patient.

▶ Acteurs : équipe ATISE, cadres, éducateurs spécialisés, référents d'US

▶ 2e semestre 2025

- Fixer des créneaux horaires, structurer la réunion du vendredi, préparer hebdomadairement les listes et sorties thérapeutiques, structurer les réunions soignants/patient en s'appuyant sur les équipes de soins notamment les éducateurs spécialisés
 - ▶ Organisation envisagée : (9h30–11h30 et 13h30–16h du lundi au vendredi), avec réunion d'équipe hebdomadaire dédiée à la préparation du planning, à la remontée des besoins des unités et à l'organisation des sorties thérapeutiques.

▶ 2026

- Stabilisation et ajustements

Volet 3: mettre en place et consolider les nouvelles activités.

▶ Acteurs : professionnels ATISE, éducateurs spécialisés, diététiciennes, infirmiers.

▶ 2026

- Identifier les activités à déployer et les partenariats à envisager (ex. : « 30 minutes pour bouger », « Tous supports pour tous », sorties culture et patrimoine, « Instant pour soi », « danse assise », cuisine thérapeutique)
- Créer des fiches ateliers, communiquer aux unités, coanimer avec les équipes (ex. : diététique pour la cuisine).

▶ 2027 - 2029

- Stabilisation et ajustements

Volet 4 : mieux communiquer sur les ATISE, en interne et externe.

▶ Acteurs : équipe ATISE, cadre, service communication

▶ 2026–2027

- Evaluer les cibles et canaux de communication envisageables (ex. : mettre en place des panneaux d'affichage dédiés, publier des articles dans le CHE Mag, les présenter en réunions de service et à la CDU, etc.).

Volet 5 : renforcer les partenariats et ressources pour l'activité physique adaptée (APA).

▶ Acteurs : direction, PISIS, ATISE, partenaires associatifs, DRH/formation

▶ 2026–2029

- Identifier et répondre à des appels à projets, conventionner avec des partenaires associatifs (ex. : « sport en tête »), recruter ou former des professionnels à l'APA
- Mettre en œuvre l'APA et suivre son déploiement

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nombre de patients participants par semaine / par mois aux ateliers ATISE (dont ateliers ouverts).
- ▶ Nombre et diversité des ateliers effectivement proposés (type d'activités, saisonnalité, sorties).
- ▶ Nombre de partenariats actifs (Sport en Tête, associations APA, autres partenaires) et nombre d'événements organisés via ces partenariats.
- ▶ Retours qualitatifs des patients et des professionnels

AXE 5 - Développer la recherche et élargir l'offre de soins somatiques et intégrée

Dr Guillaume MEYER (GCS Pharmacie), Dr Anne GUNTZ (GCS Pharmacie), Dr DEMUTH (PPA), M. LE ROLLAND (Directeur GCS)

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse et optimiser les prescriptions

■ Contexte / Diagnostic :

- La conciliation médicamenteuse permet de réduire le risque iatrogénique (erreurs d'omission, doublons, interactions) qui entraîne la majoration des risques somatiques et de chutes particulièrement en psychiatrie et chez la personne âgée.
- La conciliation médicamenteuse est déjà engagée au CHE et constitue un critère standard du manuel V2025 (passage d'un critère avancé à un critère standard), visant à garantir la continuité de la prise en charge du patient lors des transitions de parcours (admission, sortie). En l'état, seule une conciliation à l'admission est pratiquée selon des critères très ciblés aux PPA et DIP.
- En psychiatrie, l'augmentation des prescriptions de psychotropes et les risques iatrogènes associés justifient une démarche plus proactive d'optimisation et de déprescription raisonnée, en accord avec les recommandations nationales.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif vise, d'une part, à structurer un dispositif de conciliation médicamenteuse (piloté par la PUI), ciblant en priorité certains points de transition (admission et sortie), et certains profils de patients. D'autre part, les ordonnances et plans de déprescription seront développés et formalisés, pour des classes prioritaires à identifier.

■ Objectifs attendus :

- Limiter les risques de surconsommation (déprescription)
- Réduire le nombre de médicament pris par patient (conciliation/ déprescription)
- Réduire le risque iatrogénique (conciliation/déprescription)
- Optimiser les prescriptions médicales durant l'hospitalisation (conciliation/déprescription)
- Améliorer la QVT du patient
- Réduire les impacts environnementaux et financiers

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026
 - Plan de déprescription : identifier les classes prioritaires sur lesquelles travailler
 - Conciliation médicamenteuse : Etendre la démarche de conciliation au DIP.
 - Informer/communiquer avec l'ensemble des professionnels sur ces développements de pratiques
- 2027
 - Valider les actions à mener au moment de la CPP
 - Systématiser la consultation du DMP : formation des professionnels par le DIM
- 2028 – 2030
 - Formaliser des ordonnances ou de plans de déprescription (IPP)
 - Etendre la conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation
 - Suivi : retours d'expérience, ajustements

■ Les indicateurs de réalisation :

- Nombre de patients conciliés/nbre éligibles
- Nombre de modifications de prescription suite à la conciliation
- Nombre de sollicitations pour une conciliation
- Nombre de plans de déprescription formalisés

AXE 5 - Développer la recherche et élargir l'offre de soins somatiques et intégrée

Copilotage médico-administratif : Dr PFLEGER, M. D'ATTOMA

Développer et poursuivre la dynamique engagée sur la recherche

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ L'établissement s'est engagé depuis plusieurs années dans la recherche clinique dès 2023 en adhérant à un groupement de coopération sanitaire dédié à la recherche et à la formation en santé mentale.
- ▶ Néanmoins, le diagnostic de certification en 2023 a mis en évidence que cette dynamique, encore récente, n'était pas suffisamment structurée pour permettre un déploiement effectif et pérenne de la recherche à l'échelle de l'établissement. Ces constats ont souligné l'absence d'une organisation institutionnelle permettant d'identifier, d'accompagner et de valoriser l'engagement des professionnels dans la recherche clinique, et plus spécifiquement dans la recherche paramédicale.
- ▶ C'est pourquoi, depuis 2023, l'Etablissement s'est engagé dans une politique de développement de la recherche, en encourageant les initiatives. L'établissement participe à plusieurs études multicentriques nationales :
 - Etude SEM EDIT-B : Evaluation de l'impact du test sanguin EDIT-B sur l'état de santé des patients présentant un épisode dépressif majeur ;
 - Etude de validation française de l'ITI (entretien diagnostic du syndrome de stress post-traumatique simple et complexe ;
- ▶ Par ailleurs, une première étude a été menée en interne dans le cadre d'un travail de thèse sur l'efficacité des casques à réalité virtuelle sur l'anxiété, la douleur et les troubles du sommeil.
- ▶ L'établissement est adhérent au Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (CCOMS), ce qui lui permet de s'inscrire dans des orientations stratégiques fondées sur les recommandations internationales en santé mentale, notamment en matière de droits humains, de participation des personnes concernées et de transformation des pratiques de soins.
- ▶ Dans ce cadre, l'établissement est engagé dans le programme de recherche EQUAR, contribuant au déploiement du programme QualityRights. Ce programme vise à promouvoir le respect des droits fondamentaux des personnes accompagnées et à améliorer la qualité des soins et des organisations en psychiatrie. La participation à ce programme traduit l'implication de l'établissement dans des démarches de recherche et d'évaluation portant à la fois sur les pratiques professionnelles et les organisations de soins.
- ▶ En complément, l'établissement est adhérent à l'Association pour le Développement de la Recherche en Psychiatrie (ADRPSY), renforçant ainsi son inscription dans des réseaux professionnels dédiés à la recherche et favorisant le partage d'expériences, de méthodologies et de résultats.
- ▶ Néanmoins, l'établissement souhaite poursuivre la structuration et compléter la démarche existante afin de développer de manière volontaire, organisée et reconnue la recherche médicale et paramédicale, en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement et les exigences issues de la certification.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Le dispositif de recherche de l'établissement s'inscrit dans une dynamique institutionnelle de développement des connaissances et d'amélioration des pratiques en psychiatrie et en santé mentale, en lien étroit avec des réseaux reconnus au niveau national et international.
- ▶ Par ailleurs, l'établissement porte un projet de participation à un programme de recherche sur la santé mentale de la population générale (SMPG), en collaboration avec des étudiants en soins infirmiers et dans le cadre d'un programme soutenu par le CCOMS. Ce projet s'inscrit dans une logique de recherche participative et de

sensibilisation précoce des futurs professionnels aux enjeux de la recherche en santé mentale, tout en contribuant à une meilleure connaissance des déterminants et des besoins de la population.

- ▶ L'établissement souhaite également s'engager dans un projet de recherche financé par un Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP), portant sur les directives anticipées en psychiatrie, spécifiquement sur la filière 12-25 ans. Ce projet, conduit sous l'égide du CCOMS, illustre la volonté de développer une recherche paramédicale structurée, ancrée dans les pratiques de soins et les enjeux éthiques et organisationnels propres à la psychiatrie.
- ▶ L'ensemble de ces engagements constitue un dispositif de recherche en cours de structuration, reposant sur des partenariats solides et des projets reconnus. Il représente un socle à consolider afin de favoriser une organisation interne plus formalisée de la recherche, l'implication élargie des professionnels, notamment paramédicaux, et l'identification des conditions nécessaires à un engagement pérenne dans les projets de recherche.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Structuration de la filière recherche
- ▶ Mettre en œuvre les projets déjà initiés (études multicentriques par exemple)
- ▶ Porter de nouveaux projets de recherche (projets portés en interne, réponse à des appels à projet et participation à des recherches cliniques).
- ▶ Renforcer l'attractivité médicale et paramédicale

■ Liste des projets de recherche et calendrier associé :

- ▶ Etude SEM Edit B : en cours, pas de date de fin d'étude
- ▶ Finalisation de l'étude ITI en décembre 2026 (date théorique)
- ▶ Nouvelles thématiques de recherche prioritaires : sommeil, BPCO, psychotrauma, recherche en soins infirmiers
- ▶ Programme SPMG (IFSI) : finalisation en 2027
- ▶ Programme EQUAR : finalisation en 2026
- ▶ Projet PRIHP (directives anticipées en psychiatrie) : finalisation en 2026

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Mise en place et tenue du COPIL Recherche :
 - COPIL recherche installé (oui / non)
 - Nombre de réunions du COPIL par an
- ▶ Nombre de projets de recherche actifs suivis annuellement
 - Études multicentriques en cours
 - Projets portés par l'établissement
 - Projets paramédicaux (PHRIP, SMPG, etc.)
 - Nombre de réponse à des appels à projets de recherche externes
- ▶ Nombre de professionnels impliqués dans au moins un projet de recherche
 - médecins
 - paramédicaux (IPA, IDE, cadres...)
- ▶ Nombre de productions issues des projets de recherche
 - publications
 - communications (journées scientifiques, colloques)

2

Projet psychologique



AXE 1 - Concernant les patients et aidants du CHE

Mme Megane ARNOLD (référente de la commission clinique au collège des psychologues)

Recensement de l'offre de soins psychologiques au sein du CHE

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Depuis 2017 le collège des psychologues rend compte de l'offre globale et spécifique des soins psychologiques proposées aux usagers du CHE au sein de son rapport d'activité.
- ▶ Les outils utilisés (cartographie et tableaux) ont été élaborés par un groupe de travail (président de la CME, DRH, psychologues) en 2016-2017. Ces outils sont à repenser au regard des moyens et projets actuels afin que ces données soient mieux utilisées. En effet, il est actuellement constaté que le rapport d'activité n'amène pas à l'utilisation de ces données alors que celles-ci pourraient permettre :
 - de mieux inscrire les soins psychologiques dans la dynamique globale de l'établissement : plus de visibilité et d'accessibilité à l'information ;
 - aux professionnels du CHE d'aiguiller les patients vers certaines propositions de soins psychologiques ;
 - aux patients de solliciter certaines prises en charge psychologiques ;
 - de soutenir le choix des formations à privilégier pour les psychologues du CHE;

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Mise en place d'un groupe de travail regroupant DRH, président de la CME, chargée de communication, psychologue(s) appartenant à la commission clinique et administrative. Ce groupe aura pour objectifs de faire évoluer les outils actuels qui référencent l'offre globale et spécifique des soins psychologiques au sein du CHE afin que ces données soient accessibles par les professionnels du CHE et, dans un deuxième temps, par les patients.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Actualisation des outils permettant de référencer l'offre de soins psychologiques au sein du CHE ;
- ▶ Visibilité et accessibilité des données de l'offre de soins psychologiques au CHE (via l'intranet et/ou le site internet) ;
- ▶ Utilisation de ces données par les professionnels du CHE et les usagers pour permettre un meilleur accompagnement et soutien psychologique des patients et de leur famille.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026-2027 :
 - Constitution d'un groupe de travail de 5-6 personnes : DRH, président de la CME, chargée de communication, psychologue(s) appartenant à la commission clinique et administrative ;
 - Réunions afin de faire évoluer les outils pour le recensement de l'offre de soins psychologiques au sein des différents Pôles du CHE ;
 - Validation de ces outils lors d'un CTE et utilisation de ces outils par le collège des psychologues ;
 - Articulation du projet avec le projet d'évolution du site internet du CHE ;
- ▶ 2027-2028 :
 - Intégration du référencement de l'offre de soins psychologiques des différents pôles du CHE au sein de l'intranet et/ou site internet ;
 - Articulation des données avec les autres fiches projets (formation, etc.) ;

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Création de nouveaux outils de référencement de l'offre de soins psychologiques, adaptés aux besoins des professionnels et des usagers du CHE ;
- ▶ Validation des outils par le CTE.
- ▶ Meilleures visibilité et accessibilités des données via l'intranet et/ou l'internet.
- ▶ Amélioration de l'accès à l'offre de soins psychologiques pour les usagers du CHE.

AXE 1 - Concernant les patients et aidants du CHE

Mme Mégane ARNOLD (référente de la commission clinique du collège des psychologues)

Soutien, implication des aidants et dimension psychologique

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Depuis plusieurs années maintenant le CHE développe les projets ayant pour but le soutien aux aidants. La création de la maison des usagers, le dispositif PPASSE (Proche Aidant et Professionnels de Santé de l'Aîné Souffrant de pathologie pSychiatriqueE), les groupes de parole pour les parents d'enfants différents au PPEA en sont de bons exemples.
- ▶ Le soutien aux aidants et leur implication dans le soin peut prendre diverses formes (soutien social, psycho éducation, ...). Toutefois, la dimension psychologique est présente de fait et nécessite d'être pensée dans les projets en cours et à venir.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Cette fiche action a pour but d'inventorier les dispositifs de soutien proposés actuellement aux aidants, de voir dans quelle mesure la dimension psychologique y a été prise en compte et identifier les besoins, s'il y en a, dans les autres structures du CHE.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Inventorier les dispositifs de soutien et les différents types d'implication proposés aux aidants au CHE ;
- ▶ Identifier les besoins en termes d'accompagnement psychologique ;
- ▶ Adapter les propositions d'accompagnement psychologiques via de nouveaux projets, l'amélioration des dispositifs existants, en tenant compte des besoins identifiés.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026-2027 :
 - Constitution d'un groupe de travail de 5-6 personnes : psychologue(s) référents de chaque pôle du CHE, cadre(s) de santé ou infirmier(s) porteurs de projets concernant les aidants (en articulation avec le projet médico-soignant) ;
 - Réunions du groupe de travail afin d'inventorier les dispositifs de soutien et les différents types d'implications proposés aux aidants au CHE ;
- ▶ 2027-2028 :
 - Réunions du groupe de travail afin d'identifier les besoins en termes d'accompagnement psychologique dans ces dispositifs pour les aidants (si besoin réalisation d'une enquête auprès des aidants) ;
 - ▶ Transmissions des conclusions au collège des psychologues et à la direction du CHE.
- ▶ 2028-2030 :
 - Adapter les propositions d'accompagnement psychologique via de nouveaux projets, l'amélioration des dispositifs existants, ... en tenant compte des besoins identifiés.

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Mise en place d'un document référençant les dispositifs de soutien et les différents types d'implication proposés aux aidants au CHE
- ▶ Evolution des propositions d'accompagnement psychologique via la création de nouveaux projets, l'amélioration des dispositifs existants, ...
- ▶ Retours des aidants via l'enquête de satisfaction

AXE 2 - Concernant les équipes de soins du CHE dans leur pratique

Référent du groupe de travail créé spécifiquement pour la mise en place de GAP

Groupe d'analyse de pratique

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le professionnel de soins au sein d'un établissement de santé mentale travaille en mobilisant ses capacités intellectuelles et psychiques. Il appréhende le soin à apporter au patient et ses proches via ses connaissances et ses ressentis. Pour cela, les Groupes d'Analyse de Pratique, offrent un espace sécurisé, où des professionnels, situations cliniques, enjeux transférentiels sont accueillis et pensés afin de permettre de mieux saisir la dynamique psychopathologique et d'ajuster l'accompagnement à proposer. Ce temps permettra donc de développer les connaissances et compétences des professionnels et favoriser le travail en équipe et le bien être des agents.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Mise en place d'un groupe de travail constitué de psychologues, cadres de proximité dont l'objectif sera de permettre la réalisation de GAP.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Réalisation de GAP avec plusieurs équipes visant à favoriser l'élaboration des situations cliniques en lien aux mouvements transféro-contre-transférentiels.
- ▶ Cohérence des pratiques professionnelles au sein du Che.
- ▶ Montée en compétences des professionnels.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026-2027 :
 - Constitution d'un groupe de travail : psychologues, cadres de proximité
 - Réunions afin de recenser les demandes de GAP, déterminer la fréquence, ...
 - Recherche d'un psychologue extérieur à l'institution formé aux GAP (obtention d'un devis ...)
 - Validation du devis
- ▶ 2027-2028 :
 - Réalisation de GAP
- ▶ 2029 :
 - Retour d'expériences, bénéfices dans la pratique professionnelle ?

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nombre de GAP réalisés
- ▶ Nombre de professionnels qui en ont bénéficié

AXE 3 - La qualité de l'offre de soins psychologiques

Mme Camille GASIUNAS (référente de la Commission Formation-Recherche du Collège des Psychologues)

Qualité de l'offre de soins psychologiques

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le temps FIR (Formation, Information, Recherche) constitue un levier essentiel pour permettre aux psychologues de développer leurs compétences et d'adapter leurs pratiques aux évolutions sociétales ainsi qu'aux projets de service. Depuis toujours, les psychologues du CHE s'impliquent activement dans diverses formations, qu'il s'agisse de colloques, de congrès ou de formations longues afin de maintenir et d'enrichir leurs connaissances et leurs expertises.
- ▶ La qualité de l'offre de soins psychologiques repose en grande partie sur la compétence, la formation continue et la capacité d'adaptation des psychologues. Toutefois, certaines demandes de formation longue continuent parfois d'être refusées. Il apparaît donc nécessaire de définir des priorités en cohérence avec les orientations institutionnelles, tout en veillant à garantir une équité dans l'offre de soins psychologiques entre les différents Pôles.
- ▶ Parallèlement à ce projet, il convient de rappeler que chaque Pôle dispose de son propre budget de formation. Les psychologues peuvent ainsi bénéficier d'une prise en charge pour participer à des colloques, séminaires ou formations courtes. Ce dispositif doit être maintenu tel quel, la présente fiche action ayant pour objectif spécifique de cibler les demandes de formations longues.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ La commission Formation-Recherche s'engage à recenser chaque année les besoins et souhaits de formation des psychologues au moyen d'un document collaboratif (Drive).
- ▶ Des groupes de coordination seront constitués dans chaque Pôle, associant des psychologues, le psychologue référent de la Commission Formation-Recherche le Cadre de Pôle et le Chef de service. Ils auront pour mission d'analyser les besoins recensés et de définir les priorités en cohérence avec les projets de leur service.
- ▶ Les propositions ainsi consolidées seront ensuite transmises à la Direction, afin de permettre un arbitrage éclairé et un accompagnement financier des projets de formation longue.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Garantir une offre de soins psychologiques de qualité équitable, adaptée aux besoins des usagers.
- ▶ Structurer la politique de formation des psychologues et assurer une cohérence avec le projet de service et le projet d'établissement.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026-2027 :
 - Analyse et mise à jour de la cartographie des dispositifs et offres de soins psychologique par Pôle.
 - Information transmise à chaque Pôle concernant la création d'un groupe de coordination dédiée aux formations des psychologues
 - Création du document Drive permettant de renseigner les souhaits et besoins de formation longue (Master, DU, spécialisation, ...) de chaque psychologue.
 - Constitution des groupes de coordination entre des psychologues, le psychologue référent de la Commission Formation-Recherche, un Cadre de Pôle et le Chef de service.
 - Organisation des premières réunions de Pôle pour analyser les besoins et hiérarchisation des priorités (début d'été).
 - Transmission à la Direction (début septembre) des propositions consolidées afin d'alimenter le plan de formation de l'année suivante.
- ▶ 2027-2028 :
 - Reconstitution annuelle du processus : mise à jour du document Drive, réunions de coordination par Pôle et remontée des besoins à la Direction avant septembre.
 - Suivi de la mise en œuvre des formations retenues.
- ▶ 2028-2029 :
 - Bilan qualitatif et quantitatif du dispositif (participation, satisfaction, formations suivies, impact sur l'offre de soins).
 - Ajustement du dispositif pour le prochain projet d'établissement.

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Nombre de réunions de coordination de Pôles réalisées.
- ▶ Nombre de formations longues soutenues par le CHE.
- ▶ Retombées sur l'offre de soins psychologiques (diversification des approches, nouveaux dispositifs thérapeutique, participation à de la recherche clinique, etc.).

AXE 4 - Donner de la visibilité à la dimension psychologique au CHE

Mme Emmanuelle STANGER (référente de la commission administrative)

Visibilité de la dimension psychologique au CHE

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ La visibilité de la dimension psychologique au CHE avait déjà été un axe de travail proposé lors du précédent projet d'établissement. Celui-ci n'avait pas encore pu être mené à bien mais garde sa pertinence.
- ▶ En effet, donner de la visibilité aux différents projets de psychologie à l'hôpital permettrait que les professionnels, les aidants et les patients se saisissent mieux de l'offre de soins psychologiques déployée au CHE. Cette plus grande visibilité serait également, acter une reconnaissance symbolique de la dimension psychologique au CHE.
- ▶ Cette fiche action vise à intégrer un onglet « projet de psychologie / dimension psychologique » dans l'intranet de l'hôpital. Au sein de cet onglet, nous pourrions y figurer par exemple : la constitution du collège et son contact ; l'offre de soins psychologiques sur l'ensemble du CHE (projets destinés aux patients, les projets destinés aux aidants, les projets destinés aux professionnels) ; les compétences spécifiques en offre de soins psychologiques soutenues par le CHE.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Poursuite du travail en cours mené par la commission administrative pour permettre une plus grande visibilité de la dimension psychologique au CHE, en utilisant les outils de communication actuels (intranet et internet).

■ Objectifs attendus :

- ▶ Création et intégration d'un onglet « projet de psychologie » dans l'intranet de l'hôpital. Au sein de cet onglet, nous pourrions y figurer par exemple : la constitution du collège et son contact ; l'offre de soins psychologiques sur l'ensemble du CHE (projets destinés aux patients, les projets destinés aux aidants, les projets destinés aux professionnels) ; les compétences spécifiques en offre de soins psychologiques soutenues par le CHE.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026-2027 :
 - Réunions de la commission administrative permettant la conception d'un onglet « projet de psychologie »
 - Réunion avec la chargée de communication, des personnels du service informatique en articulation avec le projet informatique porté par le CHE.
- ▶ 2027-2028 :
 - Intégration d'un onglet « projet de psychologie »

3

Projet qualité et gestion des risques, usagers, expérience patiente, et projet du comité local d'éthique



AXE 1 - Développer une culture qualité dynamique, visible et partagée

Mme Claudine CLEMENT, Mme Clarisse SCHAMING, Mme Clarisse FLUCK, M. Auguste ETIEN, Mme Sabrina SCHWOERTZIG, Mme Marie Aurélie RUHLMANN, Dr Janane MOUALLA, Mme Sophie GIACOMINI, M. Lucas BERTHEMET, Mme Chantal THEIL, M. L. (patient)

L'humain au cœur de la stratégie de développement de la culture qualité

■ Contexte / Diagnostic :

- Dans un contexte où la démarche qualité, bien que dynamique, reste encore peu identifiée par les professionnels du CHE et par les usagers — et où elle est parfois perçue comme une charge supplémentaire centrée sur les événements indésirables la problématique est la suivante : Comment parvenir à en faire une culture partagée, visible et valorisante, en clarifiant les personnes ressources, en renforçant le retour d'information y compris sur les réussites et en développant des outils de communication permettant à chacun de s'y reconnaître et d'y trouver du sens.

■ Descriptif du dispositif :

- Une stratégie de communication de proximité, ancrée au plus près du terrain, sera déployée afin de renforcer l'appropriation de la culture qualité. Elle reposera sur des outils pratiques, des temps d'échange conviviaux et des supports pédagogiques innovants, conçus pour intégrer naturellement la qualité dans le quotidien de l'ensemble des acteurs de l'établissement, qu'ils soient professionnels ou usagers

■ Objectifs attendus :

- Renforcer la présence terrain de l'équipe qualité, en intra et en extra, pour créer du lien et de la proximité.
- Déployer des outils pédagogiques et ludiques pour sensibiliser les professionnels et les patients à la démarche qualité et gestion des risques et aux bonnes pratiques.
- Valoriser les réussites et les initiatives locales pour nourrir une dynamique positive et fédératrice.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026–2027 : lancer et rendre visible la qualité au sein de l'établissement
 - La qualité pour les patients : Ces actions visent à renforcer leur participation, leur expression et leur implication dans la démarche qualité.
 - Installer des boîtes à idées pour les patients et leurs proches dans les lieux de passage (accueil, cafétéria...) afin de recueillir leurs attentes.
 - Lancer et pérenniser les Quali'thé / cafés qualité avec les patients pour favoriser l'expression, le dialogue et l'amélioration continue.
 - La qualité pour les professionnels afin de renforcer leur coordination, leurs outils et leur capacité à animer la démarche qualité auprès des patients.
 - Renforcer l'efficacité opérationnelle entre unités, qualité et services supports en structurant un calendrier de réunions régulières ouvertes aux services supports pour fluidifier la coordination
 - Créer et pérenniser une pédagogie qualité en mettant à disposition des professionnels des outils pédagogiques dédiés à l'animation d'activités qualité avec les patients dans les unités.
- Renforcer la culture qualité au sein de l'établissement en développant l'intégration, la formation et l'implication des professionnels.
 - Renforcer les formations Qualité pour les nouveaux arrivants
 - Mettre en place un accueil Qualité dédié à l'ensemble des

cadres

- Réaliser un audit biennal de la culture qualité ouvert à tous les professionnels
- 2027–2028 : déployer, accompagner et évaluer les différentes actions mises en place.
 - Déploiement complet du calendrier des réunions entre unités, qualité et services supports avec suivi des interventions dans un tableau de bord.
 - Diffusion de la pédagogie qualité auprès des professionnels et accompagnement à son utilisation dans les unités
 - Développement des formations Qualité pour tous les professionnels en poste.
 - Mise en place du suivi des actions issues des boîtes à idées avec retour d'information aux équipes et aux usagers.
- 2028–2029 : consolider et valoriser l'appropriation des outils
 - Déployer un camion « Quali'truck » utilisable aussi bien en mobilité au sein du CHE qu'en extra hospitalier. Ce camion permettrait la mise en œuvre d'ateliers thématiques liés aux bonnes pratiques, avec support de la pédagogie. Ce mode d'action dynamique favoriserait "l'aller vers" les professionnels et les usagers pour favoriser leur accès et leur adhésion à la culture qualité.
 - Consolider les Quali'thé / cafés qualité en les installant comme rendez vous réguliers et identifiés par les patients.
- 2029–2030 : pérenniser et ajuster
 - Evaluer de façon globale le dispositif de communication de proximité dont l'impact des ateliers proposés dans le cadre du « Quali'Truck »
 - Pérenniser le parcours de formation Qualité/GDR pour tous.
 - Réaliser un bilan stratégique avec projection du cycle suivant : intégration des enseignements tirés dans la planification qualité 2030.

■ Les indicateurs de réalisation :

- Nombre de Quali' thés ou cafés destinés aux usagers organisés par an
- Nombre de supports pédagogiques créés et diffusés via la pédagogie
- % d'équipe ayant utilisé un outil de la pédagogie
- Nombre de professionnels formés à la qualité et à la gestion des risques
- Nombre de nouveaux arrivants ayant bénéficié d'un accueil qualité
- % de réussite au quizz post formation
- Évolution du ressenti des équipes sur la démarche qualité (via enquêtes internes) - Évaluation culture qualité questionnaire baseline 2026 et réévaluation 2028
- Nombre d'idées issues des boîtes à idées mises en œuvre
- % de satisfaction suite à un atelier « Quali'Truck »

AXE 2 - Renforcer la sécurité des soins grâce à une mobilisation collective

Mme Claudine CLEMENT, Mme Clarisse SCHAMING, Mme Carmen SCHENK, Mme Cécilia MARTINHO, Mme Laetitia BORNERT, Mme Evelyne MEYER, Dr Muriel CASTELNOVO, Dr GUNTZ, M. Anthony LONGONI, Mme Anna BREYSACH, Mme Clarisse FLUCK, M. Auguste ETIEN, M. D. (patient)

Une culture sécurité des soins partagée par les équipes et les usagers

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Au sein du CHE, la Gestion des risques est principalement identifiée par un outil, la gestion des Fiches de Signalement des Evénements Indésirables.
- ▶ Le constat est fait que le dispositif est ressenti parfois comme vain : l'aboutissement des signalements n'est pas perçu, les actions ne sont pas identifiées comme résultat des déclarations.
- ▶ La notion de gestion des risques n'est pas connue des usagers, et la communication faite par les professionnels peut parfois être source de malentendus.
 - Comment lever les freins à la déclaration des Evénements Indésirables ?
 - Comment renforcer le retour d'expérience dans ce contexte ?
 - Comment intégrer les usagers et leur vécu dans ce dispositif ?
 - Comment allier questionnement éthique et gestion des EI ? Comment intégrer les questionnements éthiques à travers les situations analysées ?

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ Développer l'intégration des professionnels et intégrer les usagers dans les dispositifs de gestion des risques et de retour d'expérience.
- ▶ Renforcer la communication des impacts et effets des signalements.
- ▶ Animer de façon ludique, pédagogique la prévention des risques, en utilisant l'apprentissage par la simulation et en intégrant aussi bien les professionnels de l'intra et de l'extra que les usagers.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Une culture de sécurité des soins partagée par les professionnels d'intra et de l'extra hospitalier et les usagers
- ▶ Des équipes formées à la sécurité des soins et la gestion de crise, de façon interactive, ludique en intégrant la simulation
- ▶ Développer la prévention des risques dans les pratiques

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026-2027 : renforcement des retours d'expérience et préparation à la crise
 - Intégrer les récits de chaque intervenant, dont ceux des patients / usagers dans les analyses et retours d'expérience (REX, REMED et RMM)
 - Communiquer une synthèse des EI et des actions d'amélioration en lien avec les EI et plus généralement le PAQSS (Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins) par unités
 - Programmer des temps dédiés aux retours d'informations concernant les EI et les actions mises en œuvre (PAQSS) dans chaque unité
 - Révision du plan de Gestion des Tensions Hospitalières – Situations Sanitaires Exceptionnelles (GTH-SSE), du Plan de Continuité de l'Activité (PCA) et du Plan de Reprise d'Activité (PRA)
 - Former les professionnels aux dispositifs de crise
- ▶ 2027-2028 : déploiement de nouveaux dispositifs et optimisation des outils
 - Mettre en place une formation Gestion des Risques pour les cadres d'intra et d'extra – soutien aux déclarations – relais identifié de la Gestion des risques dans l'unité

- Développer le dispositif de « seconde victime » pour accompagner les professionnels lorsqu'un EIG se produit
- Développer les retours d'expérience positifs (situations qui ont fonctionné et presque accidents)
- Systématiser l'organisation d'exercices de gestion de crise
- Optimiser l'outil actuel de déclaration des EI pour développer l'accès aux informations pour les déclarants
- ▶ 2028-2029 : développement de la culture qualité par la pédagogie
 - Mettre en place des challenges inter équipes (ex : thème du secret professionnel)
 - Intégrer le volet « Sécurité des Soins » et « Gestion de crise » au parcours d'intégration (numérique ou non)
 - Mettre en place une formation interactive « recyclage qualité Gestion des risques »
- ▶ 2029-2030 : consolidation et pérennisation
 - Consolider et pérenniser les actions : fonctionnement des dispositifs en routine
 - Assurer le fonctionnement des dispositifs en routine

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Intégration des récits dans les retours d'expérience :
 - % de REX/REMED/RMM intégrant au moins un récit patient/usager.
- ▶ Synthèse des EI par unité :
 - Nombre de synthèses produites et diffusées par unité.
- ▶ Temps dédié aux retours d'informations concernant les EI :
 - Nombre de réunions programmées par unité.
 - Taux de participation des équipes aux retours d'informations
- ▶ Formation aux dispositifs de crise :
 - % de professionnels formés.
- ▶ Formation GDR pour cadres intra/extra :
 - % de cadres formés.
- ▶ Dispositif « seconde victime » :
 - Nombre de professionnels accompagnés après un EIG.
- ▶ Retours d'expérience positifs :
 - Nombre de REX valorisant des pratiques réussies.
 - % de communications internes mettant en avant des retours positifs.
- ▶ Exercices de gestion de crise :
 - Nombre d'exercices organisés par an.
 - % d'unités ayant participé à au moins un exercice.
- ▶ Challenges inter-équipes :
 - Nombre de challenges organisés.
 - Taux de participation des équipes.
- ▶ Intégration sécurité des soins & gestion de crise au parcours d'intégration :
 - % de nouveaux entrants ayant suivi le module.
 - Taux de réussite aux évaluations
- ▶ Formation interactive « recyclage qualité gestion des risques » :
 - % de professionnels ayant suivi la formation

AXE 3 - Déployer une politique de gestion des risques infectieux transversale et partagée

Mme Claudine CLEMENT, Mme Clarisse SCHAMING, Mme Carmen SCHENK, Mme Clarisse FLUCK, M. Auguste ETIEN, Mme Séverine ADELER, Mme Christine CORDIN, Mme Lauriana RUIZ, M. Hassan MEGHZILA, Dr DE MALLIARD, Mme F. (patiente)

Le patient acteur de ses droits : une vision partagée entre patients et soignants

■ Contexte / Diagnostic :

- Le dispositif d'expression des patients et de leurs proches est au cœur de la démarche d'amélioration de la qualité du Centre Hospitalier d'Erstein et bénéficie de la mobilisation d'une Commission Des Usagers dynamique.
- Toutefois le recueil du ressenti des patients et de leurs proches est actuellement limité à deux dispositifs : les questionnaires de satisfaction et la gestion des plaintes et réclamations.
- Bien que très investis, les Représentants des Usagers de l'établissement ne bénéficient pas encore d'une visibilité claire auprès des professionnels et des patients. La parole libre des patients est recueillie au sein des unités par les soignants mais n'est pas remontée par d'autres moyens ni partagée au niveau institutionnel. Il n'existe pas de temps dédié pour évoquer les droits et devoirs des patients, au cours de leur prise en charge.
- Il apparaît que les patients et les soignants ne maîtrisent pas pleinement les droits des patients.

■ Descriptif du dispositif :

- Le dispositif repose sur l'idée que le plein exercice des droits du patient nécessite de mobiliser et de coordonner
 - Les équipes pour :
 - Partager un langage commun avec les patients autour des droits et devoirs, afin de construire une compréhension mutuelle.
 - Favoriser l'« aller vers » : mieux connaître le patient, prévenir les tensions et choisir le moment opportun pour engager le dialogue.
 - Installer un climat de confiance permettant au patient de s'exprimer librement sur ses difficultés ou incompréhensions.
 - Adopter une posture d'ouverture : écouter, informer, expliquer et reconnaître les ressentis des patients.
 - Mobiliser les médiateurs de santé pairs, ressources d'identification et d'espoir pour les patients.
 - Renforcer l'écoute active et le recueil du vécu patient, en allant au delà des outils classiques de satisfaction.
 - Les référents « droits des patients » pour :
 - Permettre au patient la pleine connaissance de ses droits
 - Travailler sur les Directives Anticipées en Psychiatrie
 - Être garant de l'évolution des pratiques y compris innovantes pour accompagner la prise en soins des patients et prévenir les mesures coercitives (liberté d'aller et venir, isolement, contention...)
 - Les Représentants des Usagers pour :
 - Développer les interactions entre Représentants des Usagers et patients
 - Développer les interactions entre RU et professionnels
 - Les usagers pour :
 - Développer et valoriser le soutien entre pairs (pair-aidance)
 - Les rendre acteurs de leurs soins et actifs dans la vie de l'hôpital

■ Objectifs attendus :

- Diversifier et renforcer les modalités d'expression des patients
 - Développer des outils complémentaires aux questionnaires et réclamations pour recueillir le vécu, les attentes et les difficultés des patients et de leurs proches.
 - Structurer un recueil du ressenti plus régulier, plus qualitatif et mieux partagé au niveau institutionnel.
- Rendre visibles et accessibles les Représentants des Usagers
 - Améliorer leur identification auprès des patients et des professionnels.
 - Développer leurs interactions avec les équipes et les usagers dans les unités.
- Développer la maîtrise des droits des patients par les professionnels et les usagers
 - Installer des temps dédiés à l'information sur les droits et devoirs au cours de la prise en charge.
 - Harmoniser le langage utilisé par les soignants et les patients pour favoriser une compréhension mutuelle.
 - Renforcer la formation et l'accompagnement des référents « droits des patients ».
- Favoriser une relation de confiance et une posture professionnelle d'ouverture
 - Encourager l'« aller vers » pour prévenir les tensions et engager le dialogue au bon moment.
 - Développer l'écoute active, l'explication et la reconnaissance des ressentis des patients.
 - Mobiliser les médiateurs de santé pairs pour soutenir le lien et l'espoir des patients.
- Impliquer davantage les usagers dans la vie de l'hôpital

- Valoriser la pair-aidance et le soutien entre usagers.

- Encourager leur participation active dans leurs soins et dans les démarches d'amélioration.

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- 2026-2027 : renforcement des outils existants
 - Mettre en place des référents droits des patients – définition de leur rôle, constitution d'un groupe de travail
 - Poursuivre les formations des soignants aux droits des patients avec interventions des Représentants des Usagers et en lien avec les référents droits des patients
 - Retravailler l'accompagnement pour la remise du livret d'accueil
- 2027-2028 : numérisation et élargissement des pratiques
 - Mobiliser les référents droits des patients sur le développement des Directives Anticipées en Psychiatrie
 - Instaurer en plus de la version papier du livret d'accueil, une version numérique accessible via QR Code
 - Revoir les questionnaires de satisfaction – co-construction avec les patients en format PREM'S (basé sur l'expérience patient) et intégrer une version numérique accessible par QR Code en complément
 - Retravailler l'accompagnement pour la remise des questionnaires
 - Instaurer des temps dédiés aux droits des patients dans les réunions patients/soignants
 - Mettre en place des entretiens infirmiers spécifiques pour évoquer les droits des patients
 - Mettre en place des animations d'activités ludiques sur la thématique des droits et devoirs des patients au sein des unités
- 2028-2029 : participation active des usagers
 - Renforcer la coopération entre les référents droits des patients, l'équipe qualité et les Représentants des Usagers (participation conjointe à la mise en œuvre des actions)
 - Organiser des focus groups et entretiens qualitatifs
 - Monter un groupe avec des usagers référents et des RU – des « usagers partenaires du CHE » - afin de les solliciter pour travailler sur des thématiques particulières
 - Mettre en place un livret de sortie (en intégrant des informations concernant les associations, les groupes de soutien mutuel...)
- 2029-2030 : expression et pair-aidance
 - Mettre en place des QR code / unité permettant aux patients d'envoyer des commentaires ou ressentis qui s'ajoutent aux boîtes à idées papier
 - Instaurer des espaces d'expressions – groupes de paroles
 - Développer la pair-aidance
 - Mesurer l'impact du dispositif de référents droits des patients

■ Les indicateurs de réalisation :

- 2026-2027 :
 - Formation des soignants aux droits des patients : % de soignants formés aux droits des patients / total du personnel
 - Taux de satisfaction des patients sur la clarté et utilité du livret d'accueil
 - % patients déclarant que le livret d'accueil contient des informations claires (enquête de satisfaction de sortie)
- 2027-2028 :
 - Taux de réponse aux questionnaires de satisfaction
 - % de modifications intégrées issues des suggestions des patients
 - % de patients utilisant la version numérique vs papier
 - Nombre d'interventions des usagers réalisées en IFSI
 - Nombre d'entretiens infirmiers « droits des patients » réalisés / mois
- 2028-2029 :
 - Nombre de focus groups réalisés / an
 - Nombre de thématiques travaillées avec le groupe de patients partenaires du CHE et les RU
- 2029-2030 :
 - Nombre de commentaires reçus via QR code
 - Nombre de suggestions papier déposées dans la boîte à idées
 - Nombre de groupes de paroles organisés

AXE 4 - Faire de l'engagement de l'utilisateur un pilier de la qualité des soins

Mme Claudine CLEMENT, Mme Clarisse SCHAMING, Mme Sabrina SCHWOERTZIG, Mme Audrey SIMLER, Mme Alice LOURENCO, Dr Héloïse SAVOY, Dr Valerian MORARIU, Dr GUNTZ, Mme Marie-Line ROY, M. Michel FRAULAUB, Mme Christine DESCHAMPS, Mme Marjorie POUCH, Mme Christelle WEISS, un usager

Prévention du risque infectieux : bon usage antibiotiques - hygiène et éco-responsabilité

■ Contexte / Diagnostic :

- ▶ Le Centre Hospitalier d'Erstein, seul établissement psychiatrique d'Alsace signataire d'une convention avec l'EMA (Équipe Multidisciplinaire Antibiothérapie), s'inscrit dans une dynamique institutionnelle forte de prévention du risque infectieux.
 - Une politique vaccinale proactive est mise en œuvre, au-delà des obligations réglementaires, pour les patients comme pour les professionnels.
 - L'établissement bénéficie d'une Équipe Opérationnelle d'Hygiène (IDE 0,95 ETP et praticien 0,5 ETP), soutenue par un réseau de référents en hygiène.
 - Un médecin référent antibiotique assure une coordination active sur le bon usage des antibiotiques.
- ▶ Les journées de sensibilisation rencontrent un franc succès et témoignent de l'adhésion des équipes. Elles permettent d'entériner la culture de prévention du risque impulsée par les professionnels ressources.
- ▶ Cependant, un décalage persiste entre les recommandations institutionnelles et leur appropriation par les équipes de terrain, particulièrement en psychiatrie où certaines mesures sont perçues comme stigmatisantes. Ce constat justifie une action structurée visant à harmoniser et améliorer les pratiques.

■ Descriptif du dispositif :

- ▶ La communication est au cœur du dispositif aussi bien envers les professionnels que les patients. Cette communication se veut accessible, porteuse de sens et pédagogique.

■ Objectifs attendus :

- ▶ Mettre en œuvre et évaluer les référentiels de bonnes pratiques de maîtrise du risque infectieux dans tout l'établissement (intra et extra)
- ▶ Sensibiliser les équipes et les patients aux risques infectieux et aux bonnes pratiques d'utilisation des antibiotiques
- ▶ Intégrer les enjeux environnementaux dans les pratiques de maîtrise du risque infectieux

■ Les actions à conduire et le calendrier associé :

- ▶ 2026-2027 : lancer la dynamique et renforcer les bases
 - Renforcer les formations (dont médecins) et proposer des formats courts type « Quali'thé / Café Hygiène ».
 - Déployer une campagne annuelle de sensibilisation (affiches personnalisées EliOTH).
 - Mettre en place des ateliers pratiques pour professionnels et patients.
 - Revoir et accompagner le circuit des DASRI.
 - Intégrer un outil « bon usage des antibiotiques » dans le DPI.
- ▶ 2027-2028 : structurer et outiller les équipes
 - Matérialiser la mascotte EliOTH pour les actions terrain.
 - Redéfinir le rôle des référents hygiène (fiche mission, transmissions).
 - Créer des outils pédagogiques (quiz, supports courts).

- Mettre en place une pédagogie accessible à tous.
- Renforcer la collaboration interservices (technique, logistique, pharmacie, restauration, médecine préventive).
- ▶ 2028-2029 : déployer les certifications et renforcer la transversalité
 - Mettre en œuvre le dispositif Certibiocide pour les produits d'entretien.
 - Étudier l'extension de la certification à d'autres services (magasin, blanchisserie, self).
 - Constituer une équipe transversale de référents certifiés.
- ▶ 2029-2030 : moderniser et intégrer les enjeux environnementaux
 - Améliorer l'accès aux documents sur Ennov (mots clés, fiches pratiques).
 - Développer l'éco nettoyage (lavettes microfibrilles + eau).
 - Moderniser le parc de machines outils (autolaveuses, matériel efficient) et accompagner les équipes.

■ Les indicateurs de réalisation :

- ▶ Indicateurs par rapport au tri des déchets (DASRI) – évolution des volumes
- ▶ Indicateurs de suivi des consommations des antibiotiques (CONSOIRES)
- ▶ Indicateurs de suivi des consommations de SHA (ICSHA)
- ▶ Indicateurs de suivi de bon usage des antibiotiques (suivi EMA)
- ▶ Nombre de formations / sensibilisations en lien avec le risque infectieux
- ▶ Nombre de formations dispensées aux médecins et interne sur le bon usage des antibiotiques
- ▶ Mise en place de l'éco nettoyage : Réduction volume produits entretien (%) vs baseline 2025 (diminution attendue au regard de l'utilisation de microfibrilles et d'autolaveuse, moins consommateurs de produits)



che Centre
Hospitalier
Erstein