



PROJET MÉDICO-SOIGNANT

2022 - 2027

de l'Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud







PROJET MÉDICO-SOIGNANT

2022 - 2027

de l'Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud



Notre projet médico-soignant s'inscrit dans l'histoire de notre établissement tout en étant résolument tourné vers l'avenir. Ce projet ambitionne de répondre collectivement aux besoins de la population tels que nous les identifions en 2022 en proposant une offre plurielle, diversifiée, répartie sur le territoire. Pour cela, il s'agit de s'appuyer sur les forces de notre établissement : son personnel et son ancrage sur l'ensemble du Finistère Sud. Reste désormais à le faire vivre pendant les 5 prochaines années, à le mettre en œuvre et à l'adapter selon les circonstances nouvelles et les besoins émergents.

Docteur Nicolas Chever, Président de la CME



Dans la continuité du Projet de Soins 2017-2021, le projet médico-soignant 2022-2027 s'inscrit dans une démarche pragmatique et volontariste avec un engagement fort des acteurs de santé de l'EPSM du Finistère Sud.

Les fondamentaux de la politique de soins s'appuient sur des valeurs et reposent sur une approche éthique, de respect de la dignité, de respect des droits des malades, d'empathie, de bienveillance, de travail en équipe et de professionnalisme pour animer au quotidien le « Prendre Soins ».

Les modalités de mise en œuvre des actions du PMS seront définies en mode projet par l'« apprentissage collectif » dans une volonté constante d'amélioration de nos pratiques, de qualité et de sécurité des soins, pour un meilleur service rendu à la personne soignée.

Roland Le Goff, Président de la CSIRMT

PROJET MÉDICO-SOIGNANT
2022 - 2027

LES 7 ORIENTATIONS GÉNÉRALES DU PROJET

Orientation #1

Développer des **soins spécifiques**
pour les **16-20 ans** (ou 16-25 ans),
tant sur l'**ambulatoire**
que sur l'**hospitalisation**

Idée générale :

Proposer des **soins intensifs**
dans des **délais très courts**,
pour un **public** particulièrement à risque



Orientation #2

Repenser les **soins au long cours**,
de la vie à l'hôpital à la vie
avec un accompagnement extérieur
en institution

Idée générale :

L'hôpital est un **lieu de soins**
et non un lieu où l'on fait sa vie



Orientation #3

Placer les **droits du patient** et le **soutien aux familles au cœur du dispositif**, en particulier dans le parcours d'hospitalisation

Idée générale :

Le patient est un **sujet singulier**, la famille doit être accompagnée et l'**offre de soins en hospitalisation** doit être **ajustée** en fonction des besoins de la population et des recommandations



Orientation #4

Dans le cadre d'une politique de secteur,
**définir les missions, organisations
et niveaux d'activité des CMP et HJ,**
en lien avec la médecine de ville.
Favoriser « l'aller vers »

Idée générale :
Renforcer le secteur
tout en permettant l'adaptation de l'offre



Orientation #5

Favoriser le **développement des pratiques**
du rétablissement et de prévention

Idée générale :
Poursuivre
l'ajustement des pratiques
du rétablissement à l'évolution des besoins
de la population



Orientation #6

Garantir l'accès aux soins,
sur les **prises en charge en urgence**
(programmée et non programmée, permanence
des soins), sur les **délais de prise en charge**
(notamment en CMP, continuité des soins),
et sur les **soins somatiques**
(diagnostics différentiels)

Idée générale :
Répondre de façon complète
et dans des **délais raisonnables**



Orientation #7

Droits des patients
et politique de communication
de l'établissement.
Promouvoir une culture d'établissement,
de déstigmatisation et d'ouverture, en lien
avec une politique de communication adaptée

Idée générale :
L'altérité favorise le progrès
(ou le commun à l'ouvrage)



Orientation #1

Développer des **soins spécifiques pour les 16-20 ans** (ou 16-25 ans),
tant sur **l'ambulatoire**
que sur **l'hospitalisation**

Idée générale :

Proposer des **soins intensifs**
dans des **délais très courts**,
pour un **public** particulièrement à **risque**

Orientation #1

Développer des soins spécifiques pour les 16-20 ans (ou 16-25 ans), tant sur l'ambulatoire que sur l'hospitalisation.

Idée générale : Proposer des soins intensifs dans des délais très courts, pour un public particulièrement à risque.

Une attention particulière doit être portée au public des 16-25 ans. L'augmentation de la demande de soins pour cette tranche d'âge, nettement perceptible par les acteurs de l'établissement, et la nécessité de modalités de soins spécifiques à travers la constitution d'une offre et d'équipes spécialisés, a émergé comme un axe à part entière des réflexions. Il s'agit de constituer une réponse adaptée et réactive afin de prendre en charge au mieux et au plus tôt les premières manifestations des troubles psychiques, afin de viser le rétablissement et d'éviter une aggravation à un âge où se construit la personnalité.

Les déclinaisons

- 1.1 Création d'un HJ de soins intensifs.
- 1.2 Identification des lits d'HC ou d'HN (5 ?) pour les 16-25.
- 1.3 Coordination du dispositif avec la pédopsychiatrie.



Déclinaison

1.1 Création d'un HJ de soins intensifs

Objectifs

- Gérer l'urgence de la crise (public pour lequel il n'est pas possible de différer).
- Proposer une alternative à l'hospitalisation.
- Développer des compétences de prise en charge.
- Développer les liens avec les familles (accueil du jeune avec ses référents, groupe de parole...).

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Identification d'un hôpital de jour adulte qui se spécialiserait et deviendrait intersectoriel, et constituerait le lieu d'accueil et la base en termes d'effectifs de la nouvelle structure.
- Validation des inclusions types : suicidants, troubles du comportement, décompensation délirante, replis à domicile.
- Ecriture d'un projet de soins et de fonctionnement de l'unité, intégrant la notion de réactivité dans l'accueil, de soins intensifs sur place pour travailler sur la crise, et d'orientation vers d'autres structures de suivi ambulatoire en pensant la question du relai dès l'admission. Le projet pourra intégrer une notion de prise en charge limitée dans le temps pour pousser à la réorientation rapide et conserver le caractère réactif et intensif.
- Identification des liens fonctionnels avec les autres structures de prise en charge dans le parcours du patient, en termes de relai à la prise en charge de crise : CMP adultes, Hôpital de jour adulte et Hôpital de jour de réhabilitation, ateliers thérapeutiques.
- Mise en adéquation des ressources humaines avec le projet défini, par la constitution d'une équipe pluridisciplinaire, renforcée en termes de temps médical et de temps soignants, et penser l'intégration de compétences spécialisées (enseignant pour favoriser la rescolarisation).

Points d'attention ou de vigilance

- Dimension opérationnelle à évaluer : spécialiser un HJ existant ou créer une nouvelle structure ?
- Nouvelle activité nécessitant d'être réfléchie et portée : temps d'écriture du projet devant associer l'équipe pluridisciplinaire, avec la question primordiale de la désignation d'un pilote médical.

Déclinaison

1.2 Identification des lits d'HC ou d'HN (5 ?) pour les 16-20 ans

Objectifs

- Ne pas « installer » le jeune auprès de patients adultes présentant des troubles psychiatriques sévères.
- Pouvoir répondre à la question de l'UMP : « Où peut-on mettre ce jeune ce soir ? » / Maîtriser les délais de réponse.
- Disposer d'une zone d'observation, souple, permettant la réorientation.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Validation des critères d'inclusion clinique
 - Validation des critères d'inclusion clinique proposés : « Jeunes entre 16 et 20 ans présentant une 1^{ère} décompensation psychique nécessitant une 1^{ère} hospitalisation », ce qui est un public a priori différent des mineurs hospitalisés actuellement à la clinique 10, qui seraient plus du côté d'un parcours ancien et davantage chronique en psychiatrie. Le groupe de travail indique qu'il est préférable que les deux publics ne soient pas mélangés. Ces lits dédiés seraient donc destinés à accueillir des patients en crise, qui actuellement sont peu ou pas hospitalisés, faute de réponse adaptée.
 - Réalisation d'une étude sur les indications potentielles d'hospitalisation en provenance de l'UMP et de la pédiatrie pour le public des premières décompensations, mais aussi une étude sur le nombre de patients de cette tranche d'âge 16-20 actuellement hospitalisé à la clinique 10.
 - Résoudre la problématique de la distinction « 1^{er} décompensation » / « jeunes adultes hospitalisés chroniques », car la non cohabitation des deux publics dans des lits dédiés ne répond pas à la situation actuelle de cohabitation de mineurs et de majeurs dans les unités d'hospitalisation.
- Identification des lits d'HC ou d'HN pour les 16-20 ans
 - Validation du nombre de lits dédiés évalué entre 4 et 6 pour les jeunes 16-20 ans
 - Arbitrage d'un scénario parmi les différents scénarios évoqués au cours des échanges : création unité ex nihilo, identification d'une unité d'hospitalisation à la clinique 10 avec création d'une zone dédiée, extension des lits de l'HC ados à la tranche d'âge des 16-18 (dernier scénario évoqué en directoire élargi). Ces différents scénarios demandent une réflexion approfondie prenant en compte la faisabilité en termes de moyens, de contraintes architecturales.
 - Concevoir un environnement sécurisé, adapté, chaleureux, moderne qui préserve d'une confrontation possiblement brutale avec l'univers de la psychiatrie et répondre aux attendus réglementaires.
- Construction du projet de soin et identification des ressources humaines
 - Construire un projet de soin spécifique pour les 16-18 ans et les 18-20 ans (accueil, prise en charge au cours de la journée, activités).
 - Formaliser les articulations de ces lits intersectoriels avec les secteurs d'origine, l'hôpital de jour de soins intensifs et les différents acteurs de la prise en charge afin de favoriser les orientations dans le parcours de soins.

- Déterminer les nouveaux besoins en personnels pour assurer les soins dans cet espace dédié (métiers, effectifs et compétences).
- Recenser les besoins en formation pour les professionnels et organiser les actions jugées indispensables.
- Associer les professionnels à toutes les étapes de la construction du projet de soins.

Points d'attention ou de vigilance

- Quid des jeunes ne correspondant pas aux critères d'inclusion clinique ?
- Mise en œuvre des droits du patient (HAS critère 1.2-02 du Manuel de certification des établissements de santé).
- Veille sur les Appels à Projet en direction de l'adaptation de l'offre de soins pour les adolescents et jeunes adultes / psychiatrie.

Déclinaison

1.3. Coordination du dispositif avec la pédopsychiatrie

Objectifs

- Fluidifier le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte pour le jeune.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Reprogrammation d'un espace de discussion entre les professionnels, notamment médicaux, de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte.
- Rédaction d'un document procédurant le fonctionnement attendu dans l'intérêt du jeune passant de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte : affirmation de l'engagement de tous dans la nécessité de passage de relais fluides et effectifs, accès prioritaire à une première consultation en CMP pour initier un relai, disponibilité des acteurs favorisant les échanges pour organiser des relais plus personnalisés lorsque c'est nécessaire.
- Redéfinition de la place et du rôle de la MTCL avec les autres structures de pédopsy et de psy adulte.

Orientation #2

Repenser les soins au long cours,
de la vie à l'hôpital
à la vie avec un accompagnement
extérieur en institution

Idée générale :

L'hôpital est **un lieu de soins**
et non un lieu où l'on fait sa vie

Orientation #2

Repenser les soins au long cours, de la vie à l'hôpital à la vie avec un accompagnement extérieur en institution.

Idee générale : L'hôpital est un lieu de soins et non un lieu où l'on fait sa vie.

Chaque patient doit désormais en qualité de citoyen bénéficier d'un logement. Il s'agit de limiter voire d'éviter l'hospitalo-requérance de certains patients. Aussi il est attendu que l'EPSM puisse davantage les accompagner vers une stabilisation, une ritualisation dans un environnement adéquat.

L'idée est que post soins dits « actifs » le patient puisse regagner un logement tout en bénéficiant d'un étayage lui permettant de regagner le tissu social.

Le soin dit au « long cours » doit pouvoir s'inscrire à l'extérieur de l'enceinte de l'EPSM avec une meilleure coordination avec les acteurs du secteur social et médico-social et réactivité des équipes de soins. Cet accompagnement temporaire doit pouvoir être soutenu par une équipe mobile et réactive et disposant de différents supports de soins permettant la graduation des soins (HJ, HN, HC séquentiels...) pour pouvoir stabiliser le patient en tenant compte de son environnement.

Les déclinaisons

- 2.1. Création d'une équipe mobile de soins « soins intensifs » (inclusion, soutien, soins).
- 2.2. Fléchage de lits sur une unité de soins au long cours pour les hospitalisations séquentielles (hospitalisation programmée).



Déclinaison

2.1 Création d'une équipe mobile de soins « intensifs » (inclusion, soutien, soins)

Objectifs

- Orienter, accompagner et soigner les patients dans leur lieu de vie.
- Limiter les durées d'hospitalisation dans les unités d'admission lorsque la solution est d'ordre sociale ou médico-sociale.
- Appuyer les aidants (naturels ou institutionnels) afin de bénéficier d'un savoir ou des conseils.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Repérage des profils patients ciblés par les soins intensifs à domicile : les patients aujourd'hui hospitalo requérants et les patients de demain pour éviter l'hospitalo requérance.
- Intégration de l'équipe mobile dans la filière de soins à visée de réhabilitation psychosociale (interactions des outils pour le patient : appartement thérapeutique, HDJ...).
- Proposition par un médecin, un cadre et un directeur adjoint de la cible organisationnelle et des moyens de l'équipe mobile.
- Recherche de logements individuels (bail glissant...) pour stabiliser l'installation du patient
- Création de « lits séquentiels » aux Polynies et renforcement au niveau humain.
- Augmentation du nombre de lits séquentiels à la Canopée et développement de « l'aller vers » pour la prise en charge de patients adultes avec TSA et DI associée.
- Accompagnement social de l'équipe d'Ar Sterenn dans ce redéploiement de moyens institutionnels.
- Développement des liens avec les partenaires (informations/communications, engagements réciproques...).

Points d'attention ou de vigilance

- Dimensionnement de l'équipe mobile avec diminution progressive de l'activité à Ar Sterenn.
- Relai de l'équipe mobile avec les autres dispositifs thérapeutiques et les secteurs à faciliter.
- Repérage, recensement des lieux de vie sur le territoire.
- Distinction entre CAMP Pôle 5 et équipe mobile « soins intensifs » à communiquer.
- Dénomination de l'équipe qui doit être ancrée dans le soin et explicite pour le grand public.

Déclinaison

2.2 Fléchage de lits sur une unité de soins au long cours pour les hospitalisations séquentielles (hospitalisation programmée)

Objectifs

- Proposer des séjours séquentiels de soins pour les patients.
- Prévenir les risques de rupture thérapeutique.
- Préciser les observations cliniques.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Adaptation du projet de service des Polynies en lien avec la filière de réhabilitation psycho-sociale et en articulation avec la révision du projet de service de la Canopée.
- Repérage de 2 à 3 lits séquentiels comme support de soins programmés.
- Renforcement des moyens sur les Polynies.

Points d'attention ou de vigilance

- Repérage des indications médicales pour orientation vers les lits séquentiels.
- Garantie de la disponibilité des lits séquentiels.
- Garantie d'un lieu de vie à la sortie d'hospitalisation.
- Prévention du risque de glissement des missions des lits séquentiels vers des hébergements temporaires (congrés, week-end des familles ou structures...).

Orientation #3

**Placer les droits du patient
et le soutien aux familles
au cœur du dispositif,
en particulier
dans le parcours d'hospitalisation**

Idée générale :

**Le patient est un sujet singulier,
la famille doit être accompagnée
et l'offre de soins en hospitalisation
doit être ajustée en fonction des besoins
de la population et des recommandations**



Orientation #3

Placer les droits du patient et le soutien aux familles au coeur du dispositif, en particulier dans le parcours d'hospitalisation.

Idée générale : Le patient est un sujet singulier, la famille doit être accompagnée, et l'offre de soins en hospitalisation doit être ajustée en fonction des besoins de la population et des recommandations.

Avant tout, le patient doit être considéré comme un sujet acteur de ses soins.

L'objectif partagé est de soutenir et renforcer l'insertion sociale, de restaurer, de maintenir et d'améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes psychiatriques, en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habilités sociales et fonctionnelles pour vivre dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible.

La poursuite de la politique de réduction de l'isolement et de la contention est partagée par tous les professionnels. Les alternatives à la restriction de liberté sont à développer, à inventer, à expérimenter. L'expérience et le vécu du patient après un séjour en chambre d'isolement doivent être recueillis et un débriefing systématique doit être organisé pour les équipes.

Les patients doivent pouvoir bénéficier d'activités thérapeutiques diversifiées et adaptées à leurs besoins durant leur séjour.

Les familles pourraient être davantage accompagnées dans la prise de connaissance de maladie de leur proche et dans les modalités de prise en charge (création d'un espace d'échanges et d'information).

L'inclusion sociale des patients en situation de handicap psychique et l'accès au logement ont fait l'objet d'un débat riche des expériences de chacun.

Le soin à domicile par des professionnels expérimentés doit se structurer et se spécialiser pour répondre aux besoins individualisés de chaque patient.

Les déclinaisons

- 3.1 Poursuite de la politique de réduction de l'isolement et de la contention.
- 3.2 Mise à disposition des patients des médiations et des activités permettant d'accueillir le patient comme sujet et acteur de ses soins.
- 3.3 Ouverture des services d'hospitalisation à temps complet
- 3.4 Diversification des Alternatives l'hospitalisation à temps plein, avec une redéfinition des appartements thérapeutiques.
- 3.5 Création d'un Centre d'information et de ressources à destination des aidants, des familles, des patients...

Déclinaison

3.1 Poursuite de la politique de réduction de l'isolement et de la contention

Objectifs

- Actualiser la politique de l'établissement en intégrant les préconisations du CGLPL.
- Construire des plans de prévention personnalisés pour que le patient soit acteur de ses soins.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Actualisation de la politique de réduction des isolements et contentions, de façon formalisée et partagée.
- Mise en œuvre de formations spécifiques : Gestion de la crise, analyse de pratiques réflexives, techniques de désescalade, formation à la psychopathologie.
- Rédaction de Plan de prévention Personnalisé (Plan de crise conjoint), à inscrire dans le dossier patient.
- Adaptation architecturale : CSI, Espaces d'apaisement, espace calme-retrait, espace snoezelen...
- Intégration de temps privilégiés pour les équipes afin de débriefer après chaque mise ou intervention en CSI.
- Intégration dans l'organisation des soins de temps privilégiés avec le patient, après un temps d'isolement et / ou contentions, afin de recueillir son vécu en CSI (Lien avec le PPC.)
- Poursuite des efforts d'organisation pour appliquer la nouvelle réglementation liée à l'isolement et à la contention : Article 17.

Points d'attention ou de vigilance

- Impact sur les patients : l'information délivrée au patient est anxiogène.
- Risque d'une lourdeur administrative pour les professionnels de santé.
- Maintien du lien pendant la durée de l'isolement avec l'équipe soignante référente de secteur.
- Le patient en isolement est souvent déssectorisé, ce qui entraîne une moins bonne connaissance du patient avec pour incidence une prolongation du temps d'isolement.

Déclinaison

3.2 Mise à disposition des patients des médiations et des activités permettant d'accueillir le patient comme sujet et acteur de ses soins.

Objectifs

- Développer une sécurité psychique pour les patients permettant d'éviter des situations de crise.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Inscription des activités thérapeutiques au projet personnalisé du patient, ainsi que dans le projet médico-soignant de l'unité.
- Réflexion à mener sur la possibilité de réaliser certaines activités par des intervenants extérieurs et intersectorialiser certaines de ses activités.
- Transmission de compétences et de pratiques soignantes en lien avec les médiations proposées y compris de manière interpolaire.
- Création d'un lieu identifié au sein de l'EPSM : plateau d'activités thérapeutiques avec du personnel dédiés. Ce lieu ne se substitue pas aux espaces d'activités existant (Silène, activités au sein des unités...).
- Valoriser les activités et la créativité des soignants en publiant en interne et en externe (revues spécialisées). Publication par les professionnels (en interne et en externe) des activités menées ; publications témoignant de la créativité des soignants.

Points d'attention ou de vigilance

- Les activités thérapeutiques sont trop souvent «personnel dépendant » et de ce fait ne peuvent se tenir en leur absence ou de manière pérenne.
- Pour les patients non Quimpérois : accès moins facile aux activités et au GEM.
- Quid des activités le week-end ?
- Limitation des activités numériques actuellement due à l'absence du WIFI dans les unités de soins et les structures ambulatoires.

Déclinaison

3.3 Ouverture des services d'hospitalisation à temps complet

Objectifs

- Favoriser la libre circulation des patients sous réserve de leur état clinique.
- Permettre les visites des familles au sein des chambres, sous réserve de l'accord médical.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Application de principe de la libre circulation des patients, en référence aux recommandations (HAS – CGLPL – attentes des associations d'usagers et de familles).
- Création de conditions permettant une ambiance plus sereine dans les services (cf. retour d'expérience du pôle 3).
- Harmonisation des pratiques sur les différents pôles adultes et spécificité du pôle PEA et du Pôle 5 à définir.
- Définition des horaires d'ouverture et de fermeture.
- Proposition de mise en place de Digicode sur la porte d'entrée de l'unité (code confié aux patients) : notion de contrat de confiance entre soignants et soignés.
- Recherche de consensus pour permettre les visites des familles au sein des chambres (Avis n°4 du Comité d'Ethique).

Points d'attention ou de vigilance

- Le projet d'ouverture des unités doit être partagé par tous les acteurs institutionnels, pour la mise en œuvre effective.
- Période d'expérimentation nécessaire pour une bonne appropriation par les équipes.
- Les équipes doivent pouvoir travailler sereinement en s'appuyant sur les consignes médicales mises à jour et tracées dans le DPI.
- Risque potentiel d'une augmentation du nombre de fugues, ou d'intrusions possibles.
- Formation des professionnels au travail sur la « contenance institutionnelle ».

Déclinaison

3.4 Alternatives à l'hospitalisation à temps plein, avec une redéfinition des appartements thérapeutiques

Objectifs

- Redéfinir le périmètre des appartements thérapeutiques, leur fonctionnement, leur nombre, l'intersectorialité, au regard de l'activité et de la réglementation.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Prise en compte de la réforme du régime des autorisations sur le fonctionnement des appartements thérapeutiques : présence soignante 24H / 24H.
- Création d'un dispositif intersectoriel pour les 3 pôles de psychiatrie adulte : une Maison thérapeutique de 6 places.
- Mise en œuvre d'appartements communautaires en partenariat avec un ou plusieurs associations.
- Mise en œuvre d'une équipe mobile urbaine de soins intensifs sur Quimper + renforcement des CMP périphériques (hors Quimper) pour soutenir les soins à domicile.
- Proposition de confier la mission à un médecin référent du dispositif + Commission d'admission multi disciplinaire et intersectorielle.
- Proposition d'une palette de réponses :
 - Maison thérapeutiques intersectorielle (dimensionnement d'équipe permettant une présence la nuit).
 - Appartements communautaires.
 - Appartements avec convention avec les bailleurs sociaux.
 - Pensions de familles.
 - Foyer de nuit ?
 - Hospitalisations séquentielles possibles à la Maison thérapeutique intersectorielle.
 - Appartements avec baux glissants (EPSM ou bailleurs sociaux).

Points d'attention ou de vigilance

- Penser à la gradation des soins : C10/UMP : lieux de crise différents des Maisons thérapeutiques.
- Autorisation des HDJ (travail d'accueil de préadmission) dans le dispositif pour pouvoir les comptabiliser (demande d'autorisation à prévoir).
- Bien définir les missions de l'équipe mobile « de soins à domicile » :
 - Accompagnement du projet du patient.
 - Mission d'appui pour les structures et les partenaires.
 - Soins intensifs à domicile pour éviter les hospitalisations et permettre une sortie plus rapide à domicile.
- Complémentarité entre l'équipe mobile et les CMP, des liens complexes à définir.



ORIENTATION #1

ORIENTATION #2

#3.5

ORIENTATION #4

ORIENTATION #5

ORIENTATION #6

ORIENTATION #7

KERVALIOU 1

PORTE 1
Rue de l'Industrie
59100 LAQUEUILLIÈRE
France FRANCE 59100
03 20 30 10 10
www.kervaliou.com

ORANGE

ORANGE

ORANGE

Chocolats
Ker
C
C

Déclinaison

3.5 Création d'un Centre d'information et de ressources à destination des aidants, des familles et des patients

Objectifs

- Expliquer la maladie, expliquer les prises en charge, partager les attentes et les réponses.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Implantation hors EPSM, dans un lieu unique à Quimper, et/ou une permanence à l'EPSM pour les patients en HC (maison des usagers).
- Développement de partenariats : UNAFAM, GEM, et autres associations (Parentèle, Si-lène...) pour assurer les permanences.
- Constat de formation spécifique nécessaire pour les professionnels qui participeront à cette activité d'accompagnement des familles.
- Possibilité d'intervention de pairs aidants en binôme avec les professionnels
- Notion d'intersectorialité (des groupes de paroles familles existent sur différents pôles, idée de centraliser l'existant au niveau du Centre d'information et de ressources).
- Lieu d'information et de ressources à différencier du lieu de la prise en charge thérapeutique.
- Différentes missions du Centre d'informations et de ressources :
 - Groupe de rencontre libre autour de thématiques.
 - Groupe d'échange et d'accompagnement pour les familles type « café rencontre ».
 - Accueils et orientations pour recherche d'informations et de documentation.
 - Ateliers à thèmes et journées d'échanges.
 - Permanences des associations (« acteur de la vie sociale »).
 - Lien avec le CLS(M), implantation locale.
 - Lieu de prévention.

Points d'attention ou de vigilance

- Penser à tous les publics : (enfants, personnes âgées, adultes, patients et résidents du pôle 5) et aux contraintes particulières de chaque public.
- Le centre d'informations et de ressources doit être un dispositif complémentaire et en aucun cas se substituer au travail de soins des équipes de l'EPSM.
- Bien différencier la prise en charge des familles dans le cadre de l'activité du CCF de celle des groupes de parole famille proposés au centre d'information et de ressources.
- Proposer une instance qui ouvre le débat, ne pas être dans une réponse unique.
- Mettre à disposition des informations sur la pluralité des abords et la spécificité des missions des UF de l'EPSM.

Orientation #4

Dans le cadre d'une politique de secteur,
**définir les missions, organisations
et niveaux d'activité des CMP et HJ,
en lien avec la médecine de ville.**

Favoriser « l'aller vers »

Idée générale :
**Renforcer le secteur
tout en permettant l'adaptation de l'offre**

Orientation #4

Dans le cadre d'une politique de secteur, définir les missions, organisations et niveaux d'activité des CMP et HJ, en lien avec la médecine de ville. Favoriser « l'aller vers ».

Idée générale : Renforcer le secteur tout en permettant l'adaptation de l'offre.

La sectorisation psychiatrique est un concept qui a maintenant quelques décennies d'existence, et qui conserve tout son intérêt pour le parcours et l'amélioration de la prise en soin des patients. D'autant plus sur le territoire de l'EPSM du Finistère Sud, établissement proposant de nombreuses structures de soins réparties sur son périmètre géographique. De nouveaux enjeux doivent, néanmoins, être intégrés pour que la sectorisation conserve son intérêt : être capable de répondre à l'augmentation continue de la file active des CMP (avec de nouveaux profils patients) ; proposer des prises en charge adaptées à certains publics (pour les 16-25 ans notamment, mais aussi la réhabilitation psycho-sociale ou encore les visites à domicile) ; moderniser les structures d'accueil pour favoriser l'alliance thérapeutique ; trouver les liens opérationnels avec les acteurs de santé libéraux, et en particulier les médecins de ville.

Cela nécessite une politique permettant de conjuguer la proximité de l'offre, l'adaptation des pratiques aux besoins, et la mise à disposition d'outils de qualité pour les patients et les professionnels de santé.

Les déclinaisons

4. 1 Renforcement du rôle des CMP comme pivots du secteur, en favorisant « l'aller vers ».
4. 2 Vers une adaptation de nos Hôpitaux de jour.
4. 3 Poursuite du rapprochement avec la médecine de ville.



Déclinaison

4.1 Renforcement du rôle des CMP comme pivots du secteur, en favorisant l'aller vers (l'orientation 6.1 a été intégrée au sein de cette fiche)

Objectifs

- La rapidité du 1^{er} rendez-vous est un préalable, pour que le projet de soins ait un sens.
- Favoriser une culture d'ouverture et de prise en charge au plus près des lieux de vie.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Intégration progressive, dans chaque CMP, d'un Infirmier en Pratiques Avancées. Suivi de patients et liens avec les médecins libéraux. Faire face à l'augmentation continue et à venir de la file active de consultants. Intégration sous forme d'ETP supplémentaires.
- Soutien du patient à son domicile par un renforcement des VAD.
- Développement des liens avec les médecins généralistes, et notamment sur les échanges d'informations médicales et la connaissance des ordonnances en cours.
- Objectivation des besoins et de la pertinence d'un élargissement de l'offre de soins des CMP de Psychiatrie adulte et infanto-juvénile en termes d'amplitude d'ouverture (jours et horaires) :
 - Réalisation d'un recensement exhaustif et d'une analyse détaillée du nombre et du contenu des appels téléphoniques à l'UMP, à l'UAR, aux services d'hospitalisation de référence après la fermeture des CMP en soirée, les week-ends et jours fériés.
 - Réalisation d'un recensement exhaustif et d'une analyse détaillée des circonstances et des populations ayant donné lieu à des hospitalisations de très courtes durées (inférieures ou égales à une semaine, personnes âgées vivant habituellement en institution, jeunes en foyers, en familles d'accueil et en institutions...) observées sur les structures d'hospitalisation à temps complet suite à passage aux urgences ou à l'UMP.
 - En fonction de ces recensements, extension potentielle de l'offre de soins des CMP quimpérois aux samedis et en soirée (modalités à déterminer en lien avec l'étude visée au point précédent : présence physique, permanence téléphonique à déterminer, « tour de rôle » entre CMP) permettant de proposer une offre de soins graduée hors recours aux urgences ou à l'UMP, évitant des hospitalisations de très courtes durées faute d'alternative autre.
- Réflexion sur un renforcement de l'organisation des CMPI (par une organisation recentrée sur un nombre plus réduit de structures permettant une amplitude d'ouverture étendue en semaine (nombre de jours et horaires) en rassemblant les effectifs, ou par augmentation des dotations en effectifs des structures existantes) à l'instar des CMP de psychiatrie adulte afin d'offrir une réponse plus rapide, réduire les listes d'attente, spécialement lors de situations aiguës.
 - Le dispositif ainsi repensé devrait permettre de limiter le recours croissant aux urgences pédiatriques pour son effet « coupe-file » escompté et à l'hospitalisation en pédiatrie.
 - (cf. évolution récente constatée : 227 passages des 0/18 ans aux urgences pédiatriques entre le 1^{er} janvier et le 28 avril 2022, dont 125 passages après 17h et le recours à une hospitalisation en pédiatrie pour 123 cas des 227 passages)
- Maintien de la possibilité de « consultations d'urgence » au sein des CMP, notamment pour les patients vus à l'UMP et/ou aux urgences pédiatriques à l'issue des week-ends et jours

fériés (moyen envisageable : partage d'agendas informatisés des CMP mis à disposition des professionnels de l'UMP pour que des rendez-vous puissent être donnés à l'issue des soins donnés à l'UMP non suivis d'hospitalisation).

- Modernisation du système d'information des CMP : accès au DMP, télétransmission des arrêts de travail, demandes d'ALD, messagerie sécurisée...
- Sur les 16-25 ans : maintien et développement des initiatives ciblées sur cette population. Attention particulière à porter pour les psychoses émergentes
- Initiation de partenariats associatifs (sportifs et culturels).

Points d'attention ou de vigilance

- Tension entre la croissance forte de la file active et la nécessité de maintenir des délais de RDV rapides. Vigilance accrue sur les CMPI, au regard de l'augmentation constatée au cours de l'année 2021.
- Débat sur la nature des CMP : auparavant dédiés à la psychiatrie, aujourd'hui ouverts sur l'ensemble du spectre de la santé mentale.
- Vigilance à l'égard des patients « invisibles » ou non demandeurs.

Déclinaison

4.2 Vers une adaptation de nos Hôpitaux de jour

Objectifs

- Adapter, soutenir et développer l'offre de soin en HDJ pour répondre aux besoins de la population, y compris des 16-25 ans.
- Renforcer l'HDJ comme alternative à l'hospitalisation complète.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Promotion de l'HJ Intermède sur sa spécialisation en réhabilitation psycho-sociale (locaux, effectifs). Confirmation de la dimension intersectorielle, au sein d'une filière et requalification en Centre de Proximité de réhabilitation.
- État des lieux exhaustif des différents types de offre de soin en HDJ, permettant de définir la place de l'intersectorialité dans le fonctionnement, ainsi que la mise en œuvre de nouvelles pratiques (ex : ½ journées consacrées au psycho-trauma, ou autre).
- Soutien et développement de l'offre de soins pour les 16/25ans, dans le cadre d'une structuration et la promotion d'une filière de soins dédiée.
- Définition et organisation des missions dévolues et réparties entre CATTP et Hôpitaux de jour.
- Établissement d'une cartographie sur les hypothèses de regroupements / relocalisations / travaux possibles permettant d'accueillir les patients dans des conditions architecturales optimales et des conditions de travail des équipes soignantes adaptées. Exemples en cours de réalisation : construction d'un pôle de pédopsychiatrie sur Douarnenez, regroupement de deux HJ sur Pont-l'Abbé.

Points d'attention ou de vigilance

- Mesurer les flux de patient, en prenant en compte la géographie et les modalités de transport.
- Échéance Adapt de 2024, qui peut s'imposer sur plusieurs structures.

Déclinaison

4.3 Poursuite du rapprochement avec la médecine de ville (l'orientation 5.3 a été intégrée au sein de cette fiche)

Objectifs

- Prendre en charge la maladie mentale au plus vite, dès le cabinet du médecin généraliste.
- Améliorer l'orientation et le parcours du patient, du médecin généraliste vers l'EPSM et inversement.
- Rendre l'offre de soins plus lisible.
- Inscrire l'EPSM dans une démarche de prévention et de repérage précoce sur le territoire.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Expérimentation et développement de l'intervention dans les cabinets de médecins généralistes (cf CAPSY, projet en cours de déploiement pour expérimentation).
- Fiabilisation et généralisation d'un système d'information permettant l'échange de données médicales. Respect des délais de transmissions des lettres de liaison aux médecins et évaluation régulière du délai.
- Organisation de séances de formations spécialisées à destination des généralistes
- Participation aux travaux des CPTS.
- Promotion de l'offre de soins de l'EPSM : actions de communication de proximité (CLSM, CPTS, site internet...), diffusion de l'information, actions conjointes avec la Communauté, avec les professions du Soins Primaire (études...).
- Développement et soutien des programmes de prévention, de sensibilisation. Accompagnement des actions de prévention des risques en santé mentale auprès de populations ciblées.

Points d'attention ou de vigilance

- Pédagogie à déployer pour sensibiliser les médecins généralistes aux problématiques de la santé mentale et à l'offre de soins existante.
- Capacité à transmettre des informations médicales dans un temps restreint et de façon sécurisée.
- Coordination et collaboration avec les CMP.

Orientation #5

**Favoriser le développement des pratiques
du rétablissement et de prévention**

Idée générale :

Poursuivre
**l'ajustement des pratiques
du rétablissement à l'évolution des besoins
de la population**



Orientation #5

Favoriser le développement des pratiques du rétablissement et de prévention.

Idée générale : Poursuivre l'ajustement des pratiques du rétablissement à l'évolution des besoins de la population.

L'expression réhabilitation psychosociale désigne des principes de prise en charge et des outils de soins favorables au rétablissement des personnes ayant des troubles psychiques. Les dimensions du rétablissement comprennent le rétablissement personnel, clinique (rémission symptomatique), sociale (autonomie en termes de logement, d'emploi et de relations sociales) et fonctionnel (en restaurant la capacité à affronter des situations, à se saisir de ses capacités et de ses limitations). L'objectif de la réhabilitation psychosociale consiste à renforcer le rétablissement personnel et des outils spécifiques sont proposés : remédiation cognitive, psychoéducation, entraînement des compétences sociales, TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale), approches psychocorporelles...

Par ailleurs, l'EPSM dispose actuellement d'une autorisation d'HAD, peu utilisée en raison des conditions techniques de fonctionnement contraignantes. Ainsi la mise en place d'une équipe mobile intersectorielle de Soins Intensifs Psychiatriques A Domicile (SIPAD), favorisera le maintien à domicile et/ou l'accès aux soins des personnes présentant un état de souffrance psychique. Il s'agit par ces dispositifs de soins de renforcer les propositions de soins axés sur les besoins et désirs du patient et définis par lui-même comme son objectif de rétablissement, avec l'aide et le soutien des professionnels de santé et l'inclusion des professionnels de soins généraux ainsi que son entourage.

Ces nouveaux dispositifs de soins renforceront les liens avec la médecine de ville et les professionnels libéraux du territoire, tout particulièrement avec la mise en place des nouveaux outils connectés.

Enfin, un Contrat Local de Santé (CLS) a été signé sur la Cornouaille en 2021 et une orientation prioritaire favorise l'inclusion dans la cité des personnes concernées par des troubles de la santé mentale. La mise en place d'un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) constituera un outil de prévention et de coordination des acteurs pour les secteurs psychiatriques quimpérois, adapté à la situation locale.

Les déclinaisons

- 5.1** Mise en place des soins intensifs programmés à domicile, en substitution de l'HAD à l'activité très réduite (voir déclinaisons 2.1 et 3.4).
- 5.2** Développement des aides au rétablissement.
- 5.3** Renforcement des liens de proximité entre l'EPSM du Finistère Sud et les partenaires mobilisés autour de la psychiatrie - santé mentale sur le territoire.

Déclinaison

5.1 Mise en place des soins intensifs programmés à domicile, en substitution de l'HAD à l'activité très réduite

Objectifs

- Proposer des soins intensifs à domicile sur critères cliniques définis.
- Maintenir le patient dans son milieu de vie habituelle, en s'appuyant sur les ressources de la personne et de son entourage.
- Eviter/limiter les temps d'hospitalisation « temps plein » et en particulier, éviter une première hospitalisation en psychiatrie.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Création d'une équipe mobile intersectorielle de soins psychiatriques à domicile (adulte) :
 - Réponse rapide aux situations de crise, dans un temps limité, sur le lieu de vie du patient, par une équipe dédiée pluri professionnelle (IPA ?) après un temps de coordination quotidien.
 - Mise en place d'une équipe mobile intersectorielle de Soins Intensifs Psychiatriques A Domicile (SIPAD), en deux étapes :
 - 1^{ère} étape : SIPAD de 5 places : sur la zone démo-géographique du territoire avec la file active plus importante, soit la ville de Quimper qui concerne 34% des hospitalisations temps plein sur la Clinique 10 de l'EPSM du Finistère Sud.
 - 2^{ème} étape : SIPAD de 12 places : avec déploiement progressif sur l'ensemble du territoire.
 - Priorisation de la prise en soin d'un premier épisode d'un trouble psychiatrique afin d'éviter une première hospitalisation à temps complet en psychiatrie.
 - Réactivité et continuité des soins garanties par la permanence des soins et une organisation des soins non programmés (équipe joignable 24h/24 – 7j/7).
 - Accompagnement vers l'hospitalisation à temps complet si nécessaire.
 - Après la phase de prise en soin intensif, coordination avec les équipes de soins primaires et de psychiatrie de secteur, pour un parcours de soins proposé à partir des alternatives à l'hospitalisation complète (CMP/ HJ/ addictologie/ filière RPS).
 - Accès facilité à des soins somatiques post « prise en soin aigu » en coordonnant le parcours avec le médecin généraliste.
 - Réalisation de Visites à Domicile (VAD) par l'équipe qui suit le patient afin d'éviter des hospitalisations, avant le recours au dispositif intersectoriel de Soins Intensifs Psychiatriques A Domicile (SIPAD).
 - Soutien au développement de l'activité de l'Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé (EMPSA) et de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).
- Amélioration de l'articulation avec les CMP/Addictologie/HJ/ filière RPS.
 - Renforcement en moyens humains des équipes de Coordination du parcours de soins complexes (SESSAD 0-6 ans et EM 0-16 ans), validés par le CPOM.

Points d'attention ou de vigilance

- Valoriser précisément le besoin en effectifs pour déterminer la capacité à constituer l'équipe, par redéploiement ou/et moyens nouveaux.
- Attention portée à une harmonisation des pratiques pour que le patient ait la même réponse de soins sur l'ensemble du territoire.

- Formation à la coordination des soins, Case management.
- Maintenir une cohérence d'ensemble entre les périmètres et les articulations des différentes équipes mobiles.
- Coordination avec les CMP pivots, référents pour le patient.

Déclinaison

5.2 Favoriser le développement des aides au rétablissement

Objectifs

- Promouvoir la culture du rétablissement auprès des unités de soins et des partenaires extérieurs.
- Développer l'accès à la « Réhabilitation Psycho Sociale » pour l'ensemble des usagers du territoire de santé de l'EPSM.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Création d'une filière intersectorielle à partir de l'HJ Intermède et nommer un médecin responsable.
- Labellisation d'un « centre de référence de proximité » disposant d'un plateau technique et humain répondant aux critères de l'instruction : Remédiation cognitive/ TCC / aide aux habiletés sociales /ETP, Evaluation avant et après tout programme.
- Renforcement de l'équipe pour répondre aux critères de centre de proximité (neuropsychologue, assistante sociale, secrétaire, IDE).
- Personnel formé et en mesure de former les professionnels de l'établissement, sous la référence médicale du responsable de la filière RPS.
- Définition de la gouvernance de la « Réhabilitation Psychosociale (RPS) » à l'échelle institutionnelle :
 - Comité de pilotage « Direction-Pôle-Equipe de réhabilitation ».
- Renforcement de la lisibilité des dispositifs et de l'offre de soins sur l'EPSM et vers les partenaires extérieurs :
 - Constitution d'une « équipe de coordination » : Porte d'entrée unique de la filière, Proposition d'un parcours dès la première prise en charge, Orientation et construction du parcours, Lien avec les structures d'accueil du patient.
 - Création d'un groupe de bonnes pratiques de la RPS.

Points d'attention ou de vigilance

- Diffusion de la connaissance de la RPS et de la philosophie et des techniques de soins (pas d'opposition entre les propositions de soins mais complémentarité pour le bénéfice du patient).
- Lien avec les CMP pivots du secteur/ coordination des soins.

Déclinaison

5.3 Renforcement des liens de proximité entre l'EPSM du Finistère Sud et les partenaires mobilisés autour de la psychiatrie - santé mentale sur le territoire

Objectifs

- Favoriser l'accueil et le lien social des personnes en soins psychiques en renforçant les implications de l'EPSM du Finistère Sud, sur les concertations, coordinations et plans d'actions à mener.
- Contribuer à la mise en oeuvre d'un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) sur Quimper.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Représentation et contribution des acteurs de la psychiatrie - santé mentale au niveau :
 - De la mise en œuvre des actions du « Projet Territorial de Santé Mentale 29 »,
 - Des « Contrats Locaux de Santé » (CLS),
 - Des « Conseils Locaux de Santé Mentale » CLSM,
 - Des concertations / coordinations territoriales (DAC...).
- Maintien et consolidation des partenariats engagés avec les structures associatives et médico-sociales du territoire (Kan Ar Mor, Massé Trévidy, Papillons Blancs, Genêts d'Or...)
- Nomination sur l'EPSM du Finistère Sud d'un coordonnateur/interlocuteur central, représentant de l'établissement au niveau du suivi et de la centralisation de toutes les initiatives / travaux / plans d'actions des CLSM du territoire.
- Nomination sur chaque pôle, d'un référent CLSM qui travaillera directement en lien avec le coordonnateur institutionnel central de l'EPSM pour suivre toutes les actions des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) du territoire.
- Intégration dans les projets des pôles de l'EPSM, de la référence aux CLSM, en détaillant les différents niveaux d'interaction.
- Poursuite du travail en partenariat avec les élus de la Communauté d'Agglomération « Quimper Bretagne Occidentale » et des autres Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) du territoire.

Points d'attention ou de vigilance

- Utilisation maximale des dispositifs / structures/ outils existants, ou mis en place par les textes, comme les PTSM, CSLM, DAC, CPTS...
- Meilleure sensibilisation de l'environnement professionnel à la santé mentale, et donc meilleure réponse à la demande de soutien des élus, des médecins de ville, du médico-social, du social...
- Meilleure sensibilisation de la population du territoire sur les dispositifs de psychiatrie – santé mentale.
- Suivi des recommandations issues du Programme Régional de Santé (PRS) de Bretagne 2018-2022 et du Projet Territorial de Santé Mentale 29.

Orientation #6

Garantir l'accès aux soins,
sur les **prises en charge en urgence**
(programmée et non programmée,
permanence des soins),
sur les **délais de prise en charge**
(notamment en CMP, continuité des soins),
et sur les **soins somatiques**
(diagnostics différentiels)

Idée générale :
Répondre de façon complète
et dans des délais raisonnables

Orientation #6

Garantir l'accès aux soins, sur les prises en charge en urgence (programmée et non programmée, permanence des soins), sur les délais de prise en charge (notamment en CMP, continuité des soins), et sur les soins somatiques (diagnostics différentiels).

Idée générale : Répondre de façon complète et dans des délais raisonnables.

Avec un modèle fondé sur la sectorisation, la proximité et l'ambula-toire, l'EPSM offre une vaste palette d'instruments de prise en charge de la discipline psychiatrique (CMP, CATTP, VAD, HJ, HN, HC, ...) se traduisant par l'implantation de nombreuses structures sur l'ensemble du Finistère Sud.

Néanmoins, l'augmentation de la file active et la spécificité épidémiologique du territoire (suicidologie notamment) mettent sous tension la capacité de réponse de l'EPSM.

En particulier, la temporalité des soins (en urgence et sur les délais de RDV) et la prise en charge globale des patients (soins somatiques) nécessitant d'être déclinées d'un point de vue organisationnel.

Les déclinaisons

- 6. 1 Création de lits sur l'UMP.
- 6. 2 Consolidation de l'UFMP et développement des soins somatiques.
- 6. 3 Développement des diagnostics différentiels avec amélioration, collaboration avec les autres spécialités.



Déclinaison

6.1 Création de Lits sur l'UMP

Objectifs

- Sécuriser la prise en charge de certaines urgences psychiatriques (patients à partir de 16 ans), en particulier relevant du risque suicidaire.
- Favoriser l'adhésion aux soins.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Mise en œuvre de l'autorisation de création de 3 lits d'hospitalisation de psychiatrie dans le cadre du nouveau projet architectural du CHIC (dimensionnement à affiner, durée de séjour à définir). Prise en charge, surveillance et prévention des conduites suicidaires afin de proposer une offre de soins graduée entre hospitalisation à l'EPSM et orientation en consultation en CMP par une hospitalisation de courte durée sur site pour un temps d'observation.
- Un tel dispositif devrait permettre de concilier les temporalités différentes observées entre urgences somatiques (CHIC) basées sur une logique de « flux » et les urgences psychiatriques nécessitant une logique d'observation avant orientation (ex. gestes suicidaires), limitant également le risque de saturation des lits d'hospitalisation de l'EPSM par un recours parfois trop rapide à l'hospitalisation.
- Renforcement et institutionnalisation des liens entre UAR, UMP et CMP (protocoles de fonctionnement).
- Mise en place d'une filière UMP / UAR, dans le cadre d'une logique de filière « urgence / parcours patient » comme dispositif pivot dans le cadre du parcours et de l'orientation des patients au sein de l'EPSM permettant :
 - La fluidification du parcours patient (hospitalisation programmée et non programmée).
 - La sécurisation des parcours patient par une gestion centralisée des flux en limitant la perte d'information : un seul interlocuteur, continuité du suivi de la prise en charge par les acteurs de régulation, fiabilisation des données pour une vision globale des niveaux d'occupation à l'échelle de l'établissement, meilleure visibilité prévisionnelle des entrées, sorties..., meilleure réactivité sur les situations complexes, facilitant la coordination de la prise en charge du patient et son entourage au sein de l'EPSM.

Points d'attention ou de vigilance

- Revoir les organisations et les ressources RH pour une adéquation réelle avec les lits UMP créés.
- Clarifier et protocoliser la prise en charge de l'urgence psychiatrique pour les enfants et jeunes jusque 16 ans.
- Revoir les modalités et dé.lais de rendez-vous en CMP après passage par l'UMP (cf. déclinaison 4.1).

Objectifs

- Garantir des soins somatiques pour chaque patient hospitalisé.
- Favoriser les consultations spécialisées.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Systématisation des évaluations somatiques par les urgentistes des patients transférés sur l'EPSM depuis l'UMP (actuellement 44 % des patients hospitalisés sur l'EPSM via les urgences n'ont pas été évalués avant transfert sur l'EPSM) (ex : élaboration avec les urgentistes du CHIC de protocoles standardisés de contrôles et examens somatiques à réaliser avant tout transfert sur l'EPSM en fonction de l'état de crise psychiatrique du patient).
- Poursuite du travail collaboratif engagé auprès de l'ensemble des acteurs du soin au sein de l'EPSM garantissant une prise en charge globale (psychiatrique et somatique) de chaque patient, grâce à la réalisation d'une évaluation somatique de chaque patient dans les 48 H (24h pour les hospitalisations sous contrainte).
- Développement des liens pour l'accès aux soins somatiques sur le TS2 :
 - Mise en place de filières spécialisées pour favoriser l'accès des patients de l'EPSM aux soins somatiques spécialisés notamment en cardiologie, en neurologie et en gastro-entérologie (protocoles de coopération avec services du CHIC notamment).
 - Amélioration de la coordination pluridisciplinaire et inter établissements au regard de l'hétérogénéité des modes d'exercice, des pratiques et des organisations de travail (EPSM, CHIC, médecins libéraux).
- Mise en œuvre des projets paramédicaux de l'UFMP (IDE : actions d'éducation à la santé ; Diététicienne : TCA).
- Elargissement de l'offre de soins proposée par un rattachement d'autres intervenants à l'UFMP existants ou à créer :
 - Plateau médico-technique,
 - kinésithérapeute,
 - EOH,
 - création d'un poste d'IPA pour une meilleure articulation avec le médecin traitant.

Points d'attention ou de vigilance

- Locaux supplémentaires à envisager (C8 ?).
- Renforcement RH (AMA, IPA, Cadre de santé, interne de médecine générale).

Déclinaison

6.3 Développement des diagnostics différentiels avec amélioration, collaboration avec les autres spécialités

Objectifs

- Affiner le/les diagnostic(s) principal(aux) et secondaire(s).
-

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Renforcement du partenariat médecine spécialisée / psychiatrie afin d'améliorer le diagnostic différentiel face à des tableaux cliniques d'allure psychiatrique mais d'origine organique (troubles neurologiques, métaboliques, paranéoplasiques etc...) par le biais de conventions avec les partenaires du GHT et du TS2.
- Articulation avec l'hôpital de jour de pédiatrie pour organiser la réalisation d'exams cliniques complémentaires à destination des mineurs présentant un tableau psychotique aigu inaugural.
- Mise en place de formations institutionnelles d'actualisation des connaissances sur les diagnostics différentiels en psychiatrie.



Orientation #7

Droits des patients
et politique de communication
de l'établissement.

**Promouvoir une culture d'établissement,
de déstigmatisation et d'ouverture,** en lien
avec une politique de communication adaptée

Idée générale :
L'altérité favorise le progrès
(ou le commun à l'ouvrage)

Orientation #7

Droits des patients et politique de communication de l'établissement. Promouvoir une culture d'établissement, de déstigmatisation et d'ouverture, en lien avec une politique de communication adaptée.

Idée générale : L'altérité favorise le progrès (ou le commun à l'ouvrage).

L'EPSM du Finistère Sud, comme institution soignante, a pour mission d'accueillir et de traiter des personnes en situation de souffrance psychique et psychopathologique.

Dans sa dimension anthropologique, la psychiatrie relève d'une pratique spécifique, qui s'emploie à soutenir la subjectivation et la socialisation des patients.

Les personnes en soins psychiques sont, régulièrement, l'objet d'une stigmatisation dans l'imaginaire social. Cette situation, de fait, appelle au développement d'une politique active de communication visant à mieux faire connaître ce que peut être la réalité de la souffrance psychique, contre des représentations par trop déficitaires ou transgressives de la maladie et mieux informer sur ce que sont les dispositifs, pratiques et acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.

L'accueil institutionnel de la personne souffrante prend en considération son altérité, source d'une reconnaissance sensible de la valeur humaine de sa symptomatologie.

L'accueil comme « l'art de l'écoute et de l'écho » (L. Bonnafé) où ce qui se dit, ce qui se vit ou se choisit, peut se mettre en partage.

Clinique du partage et de la relation, respectueuse de la singularité du symptôme, elle oriente le parcours de soins vers une « institutionnalisation » (H. Chaigneau) en quête d'ajustement à la subjectivation du patient aux effets psychothérapeutiques.

L'installation d'une « fondation » innovation – recherche médico-soignante sur l'EPSM valoriserait les pratiques d'équipes innovantes en institution et soutiendrait notamment la recherche infirmière (exemple IPA).

Du côté de la socialisation, l'existence d'une association culturelle de secteur autorise des pratiques professionnelles déspecifiées à travers l'usage de médiation à trouver et/ou à créer collectivement.

Ouverte sur la communauté sociale, l'association parie sur la culture, au sens large du terme, comme champ d'investissement et d'existence, engageant de fait une socialisation.

« C'est en faisant des choses, que l'homme se fait lui-même, d'autant que l'on ne peut pas faire quoi que se soit sans compter avec les autres » F. Tosquelles

Il s'agit de soigner ou de se soigner autrement, en mobilisant le potentiel de créativité de chacun dans la réalisation de projets décidés en commun.

La loi du 04 mars 2002 (loi Kouchner) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, promeut le patient acteur et sujet de ses soins. L'article 93 légitime la constitution d'une association paritaire soignants - soignés à visée de soins et de réhabilitation des patients. Cette association se déploie dans le cadre d'un secteur ou d'un établissement, qui par convention met à disposition des moyens matériels et financiers et précise les conditions dans lesquelles les soignants peuvent contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. Cette promotion d'une association culturelle à l'échelle de l'établissement vise une « désaliénation sociale » (J. Oury) des patients dans le cadre d'une réhabilitation psychosociale, référencée aux principes et valeurs d'une culture de soins psycho-institutionnels.

Les déclinaisons

- 7.1 Valorisation de l'identité soignante EPSM, à travers des événements et une communication ciblée.
- 7.2 Publications des travaux menés en interne et inscription dans des projets de recherche.
- 7.3 Amélioration de l'environnement hospitalier.



Déclinaison

7.1 Valorisation de l'identité soignante EPSM, à travers des événements et une communication ciblée

Objectifs

- Créer du lien internet et déstigmatiser la psychiatrie.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Valorisation d'une culture d'appartenance des professionnels :
 - Amélioration du format de la journée d'intégration des nouveaux arrivants (parrainage afin de les guider dans leur démarche d'intégration, présentation de l'amicale et de la MNH, favoriser la pratique sportive de type corpo, favoriser le sentiment d'appartenance à un collectif...).
 - Recensement des initiatives culturelles ou sportives existantes et développement de leur visibilité par la communication en matière de richesse de pratiques soignantes via les médias de l'établissement (Echo des palmiers, Site internet et réseaux sociaux...).
- Déstigmatisation du soin en psychiatrie et santé mentale :
 - Proposition de formalisation de temps de rencontres sur la psychiatrie et la Santé Mentale avec des thématiques liées aux problématiques rencontrées par les usagers et leurs familles (témoignages, association d'usagers et pair aidants) à destination des citoyens : organisation au sein des structures associatives existantes (MPT, Association d'usagers...).
 - Développement d'actions de formations à destination des partenaires afin de favoriser une culture commune (élus, département, associations, justice...).
 - Amélioration des liens avec les écoles de formations (IFSI, éducateurs, étudiants...) pour favoriser une meilleure connaissance de notre spécificité dans le cadre de la prise en charge de patient en souffrance psychique et psychopathologique.
 - Renforcement de la participation de l'établissement aux conseils locaux de santé mentale visant à mettre en œuvre les actions du PTSM et de mieux faire connaître les dispositifs de prises en charge.
- Faire le pari de la rencontre autour de la question culturelle :
 - Valorisation de la Loi du 4 mars 2002 par la poursuite des travaux associant les patients à leur prise en charge dans le cadre d'association (article 93 de la Loi) par la création d'une " fédération " ou d'une " commission " culturelle à l'échelle de l'EPSM, associant les usagers, visant à promouvoir des actions ou événements culturels sur site ou dans la cité.
 - Promotion du développement de médiations culturelles au sens large du terme (cinéma, théâtre, littérature...), tout en y intégrant une dimension sportive en favorisant le soutien de partenariat avec les différents acteurs culturels et sportifs de la cité.
 - Création d'un journal d'informations à destination des usagers pour communiquer sur l'actualité des programmations envisagées visant à informer en interne et à l'extérieur des actions mise en place sur l'établissement et favoriser son ouverture sur la cité.

Déclinaison

7.2 Publications des travaux menés en interne et inscription dans des projets de recherche

Objectifs

- Valoriser la recherche en soins infirmiers.

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Développer la recherche en soins infirmiers sur l'établissement :
 - Organisation de soirées ou après-midis thématiques (les Après-midis de l'EPSM) visant à assurer le partage d'expérience entre pôle mais ouvert sur l'UHC et les praticiens libéraux.
 - Création d'un fond d'innovation médico-soignant visant à permettre le développement de la recherche soignante, en référence notamment avec le déploiement des IPA.
 - Relocalisation du centre de documentation au plus près des unités de soins en lui permettant de devenir un centre de ressources, de recherches et d'innovation.

Points d'attention ou de vigilance

- Porteur de projet et association du corps médical.

Objectifs

- Favoriser l'alliance thérapeutique.
-

Modalités de mise en œuvre (actions à réaliser)

- Prendre soin des professionnels :
 - Amélioration de l'association des personnels à l'évolution de l'environnement de travail (architectural et traitement de l'ambiance) par une systématisation du recueil des avis avant transformation des lieux de travail pour les penser accueillant et rassurant.
- Favoriser le travail avec les usagers et leurs familles :
 - Soutien au travail initié quant à la place faite aux usagers et pair aidants dans un souci de démocratie sanitaire (accès à l'EPSM, espace famille, meilleure prise en compte et suivi des doléances).
 - Création d'une boîte à idées numérique pour favoriser l'émergence de projets contribuant à l'amélioration de l'environnement hospitalier au sens large avec suivi des suggestions.
 - Organisation de journée de formation à destination des familles et proches de nos usagers interpolaires sur des thématiques de psychiatrie et de santé mentale.

Et maintenant ?

Petit mémo sur l'utilisation du Projet Médico-Soignant

Questions / Réponses avec Yann Dubois



A quoi ça sert ?

C'est une feuille de route, une ligne de conduite à suivre. Cela signifie que **la plupart des décisions qui vont être prises, sur la période 2022-2027, auront ces orientations en arrière-plan.**

Par exemple : le suivi et le parcours des patients, les moyens supplémentaires potentiels, les protocoles de soins ou les organisations de service se baseront prioritairement sur ces objectifs.

Avec quels moyens humains sera-t-il mis en œuvre ?

Certains projets demandent des ressources supplémentaires, d'autres non.

Pour les premiers, il y a deux méthodes possibles :

- d'une part **nous répondons à des appels à projets nationaux ou régionaux** (c'est comme cela qu'a été créé l'hôpital de jour pour adolescents en 2020, ou la consultation des TCA (Troubles du Comportement Alimentaire) en 2022. A très court terme, nous allons, par exemple, bénéficier de financements supplémentaires sur la mise en place de l'orientation n°2 (« Repenser les soins au Long Cours »).
- d'autre part **les réorganisations internes donnent lieu à des redéploiements.** Ainsi les infirmiers ont été déployés dans les CMPI suite à la fermeture de l'hospitalisation complète pour enfants en 2021.

Comment les professionnels peuvent-ils participer à sa réalisation ?

Il y a en tout 7 grandes orientations et 27 déclinaisons.

A chaque fois qu'il s'agit de passer à l'action, **il y a l'impulsion du Président de la CME**, du Président de la CSIRMT ou du Directeur pour dire « on y va ». **Ensuite, on crée des groupes de professionnels (tous grades confondus) qui échangent et orientent la mise en œuvre.**

Par exemple, la création d'un hôpital de jour de soins intensifs pour les 16-20 ans nécessitera la mobilisation de médecins et de soignants, des secteurs adultes et du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA).

Quelle place pour les usagers et leur famille ?

Tout le projet est organisé **autour du patient, de son parcours et des soins prodigués.** Mais il est vrai que l'orientation n°3 insiste particulièrement sur **ses droits et le soutien aux familles.** Nous espérons pouvoir **ouvrir ainsi un Centre d'Information et de Ressources :** l'idée est de pouvoir **proposer des « formations » sur la maladie mentale, pour des patients et des familles** confrontés à un premier épisode psychotique. L'explication et la pédagogie sont essentielles en matière de santé en général, mais plus encore en matière de santé mentale.

Pourra-t-on tout réaliser en 5 ans ?

L'objectif est d'amener le maximum de projets au bout, même si ce n'est pas une « obligation » réglementaire. **Le cadencement se fera en fonction des besoins des patients, de la maturité des équipes et des ressources humaines et financières.** Si nous prenons le cas de la création des lits UMP, celle-ci est liée également à la reconfiguration architecturale complète des urgences du CH de Cornouaille, qui va durer 2 ou 3 ans.

Le mot de la fin ?

En psychiatrie, le Projet Médico-Soignant a une dimension Politique, au sens noble du terme. Il répond à la question de savoir **comment on traite la différence, le handicap et la maladie mentale au sein d'une société.**

Offrir le meilleur soin possible à nos patients, c'est aussi leur donner une place de citoyens dans la cité.



Projet médico-soignant co-écrit par :



Orientation #1

Dr Eric Charles

Chef de pôle

Mme Pascale Puron

Cadre supérieure de santé

Co-animé par

M. Pierre Douzille

Directeur Adjoint DRHRS

Orientation #2

Dr Nicolas Chever

Chef de pôle & Président CME

Mme Dominique Cessou

Cadre supérieure de santé

Co-animé par

Mme Chrystèle Denoual-Bolzer

Directrice Adjointe DACQ

Orientation #3

Dr Gaëtan Edy

Chef de pôle

Mme Sylvie Keriou

Cadre supérieure de santé

Co-animé par

Mme Sandrine Baranger

Directrice Adjointe DAGP



Orientation #4

Dr Sonia Marsella

Cheffe de pôle

Mme Gaëlle Breton

Cadre supérieure de santé

Co-animé par

M. Yann Dubois

Directeur

Orientation #5

Dr Tiphaine Boulidoires

Cheffe de pôle

M. Roland Le Goff

Directeur des soins

Orientation #6

Dr Sylvie Boivin

Vice-présidente de la CME

Mme Sophie Laonet

Cadre supérieure de santé

Co-animé par

Mme Véronique Combemorel

Directrice Adjointe DPAJ

Orientation #7

Dr Gildas Burot

Chef de pôle

M. Sébastien Bertho

Cadre supérieur de santé

Co-animé par

M. Noël Vanderstock

Directeur Adjoint DFCL

Composition des groupes de travail

Orientation #1

Dr Eric Charles - Chef de pôle
Mme Pascale Puron - Cadre supérieure de santé
M. Pierre Douzille - Directeur Adjoint DRHRS

Mme Véronique Fournier Guillou - Assistante Qualité DACQ
M. Mickaël Kerbloch - Cadre de Santé MDA / HJ Ados / CATTTP Ados
Mme Katy Gauthier - Cadre de Santé - Héol
Mme Laila Arzel - IDE - HJ Enfants
Mme Caroline Henry - IDE - HJ Borromée
M. Fabien Rolland - IDE - MTCL
Mme Marianne David - IDE - Le Lidaps
Mme Sophie Le Sidaner - IDE - Argoat
Mme Sandrine Juelle - IDE - Psychiatrie de liaison
Dr Gladys Abourjaili - PH - UMP - Le Lidaps
Dr Anouck Renault - PH - Armor
Dr Servane Le Coeur - PH - CMP Kerarthur
Mme Claire Zicot - Psychologue - PEA
Mme Laurie Le Moan - Représentante du personnel - CFDT
Mme Carole Mouchon - Représentante du personnel - CGT

Orientation #2

Dr Nicolas Chever - Chef de pôle & Président CME
Mme Dominique Cessou - Cadre supérieure de santé
Mme Chrystèle Denoual-Bolzer - Directrice Adjointe DACQ

Mme Pauline Feat - Assistante sociale - Borromée
Mme Maria Chorier - Assistante sociale - Héol - CAMP Roger Gentis
Mme Lennie Mingant - Cadre de Santé - Polynies
Mme Anne-Cécile Huyghe - Cadre de Santé - Ar Sterenn / CAMP Borromée
Mme Nicole Lambros - Cadre de Santé - Kerfily
M. Frédéric Gloanec - IDE - Le Lidaps / CMP Concarneau
Mme Nathalie Toulgoat - IDE - Maisons thérapeutiques
Dr Danielle Le Borgne - PH - Les Polynies
Dr Pierre-François Serrano - PH - Kerfily
Mme Marjorie Crapet - Psychologue - Ar Sterenn - CMP A. Artaud
Mme Juliette Caradec - Psychologue - Kerfily - PSA
Mme Janine Carrasco - Représentante du personnel - SUD
M. Daniel Cognard - Représentant du personnel - CFDT
M. David Morvan - Représentant du personnel CGT

Orientation #3

Dr Gaëtan Edy - Chef de pôle
Mme Sylvie Keriou - Cadre supérieure de santé
Mme Sandrine Baranger - Directrice Adjointe DAGP

Mme Sarah Relouzat - AMA - Borromée - 5 et CME
Mme Célia Drogou - Assistante sociale - PEA - 3 et CSAPA
Mme Laurence Coadic - Cadre de Santé - CMP Roger Gentis / Maisons Thérapeutiques
Mme Lucile Schuller - IDE - HJ Intermède
Mme Sandrine Le Cam - IDE - Argoat
Mme Charlotte Peoc'h - IDE - Maisons thérapeutiques
Mme Dominique Le Dreau - IDE - Clinique de l'Odét
Dr William Fromentin - PH - PSA
Dr Lucile Bleuët - PH - Héol
Dr Isabelle Sanceo - PH - La Ramende / Maisons Thérapeutiques
Dr Antoine Egu - PH - CCF
Mme Vanina Bouthemy - Psychologue - UMP - Héol
Mme Laurence Wallian-Winisky - Psychologue - La Ramende / Le Lidaps / Maisons Thérapeutiques
Mme Mélanie Hubert - Représentante du personnel - CFDT.
Mme Céline Monfort - Représentante du personnel - CGT

Orientation #4

Dr Sonia Marsella - Cheffe de pôle
Mme Gaëlle Breton - Cadre supérieure de santé
M. Yann Dubois - Directeur

Mme Murielle Caroff - AMA - Kerfily / HJ Estran / HJ Hermine - PSA
M. Jean-Luc Hery-Niaussat - Cadre de Santé - PEA
M. Henry Urvoy - Cadre de Santé - CMP Kerarthur / HJ Kerhaleg
Mme Isabelle Pirault - Cadre de Santé - CMP Briec / HJ Banine
M. Jamel Lahouari - Cadre de Santé - CAMP Antonin Artaud - Pôle 2
M. Guillaume Lestideau - Gestionnaire des risques - DACQ

Mme Anne Santos - IDE - Appartement thérapeutique Filoména
M. Olivier Chappey - IDE - HJ Kerhakeg
M. Dominique Cheilletz - IDE - HJ Adret
M. Julien Rouillard - IDE - Appartement thérapeutique Verdiers
Mme Christelle Mauboussin - IDE - CMP Hippodrome
Dr Grégory Thomas - PH - CAMP Antonin Artaud
Dr Nathalie Guernion - PH - CMP Briec / HJ Banine / Maison thérapeutique
Dr Chloé Bourdon - PH - Clinique de l'Odét
Dr Agathe Cohen - PH - Le Lidaps
Mme Charlotte Goarin - Pharmacienne - Pharmacie
Mme Fanny Arzat - Psychologue - HJ Adret / La Ramende / Le Lidaps
Mme Anne Le Roux - Représentante du personnel - CFDT
Mme Fabienne Jegou - Représentante du personnel - CGT
Mme Isabelle Sosson - Représentante du personnel - SUD

Orientation #5

Dr Tiphaine Boulidoires - Cheffe de pôle

M. Roland Le Goff - Directeur des soins

Mme Céline Larzul - Mise en situation Cadre de Santé - CMP Hippodrome / HJ Intermède
Mme Virginie Cadiou - Cadre de Santé - Huella
M. Sébastien Ascoet - Cadre de Santé - Clinique de l'Odét
M. Maurice Poupon - Adjoint des Cadres Hospitaliers, DSIRMT
Mme Caroline Aliturki - Assistante Sociale, Izella
Mme Caroline Saint-Tissier - IDE - Héol
Mme Katia Le Bon - IDE - HJ Tréouguay - PSA
Mme Murielle Bardin - IDE - HJ Intermède
M. Ronan Boulic - IDE - Izella
M. Stéphane Pesnel - IDE - La Ramende
M. Julien Saugues - IDE - Polynies
M. Antoine Plouzennec - Infirmier en Pratique Avancée - CMP Hipopodrome
Dr Jean-François Antonetti - PH - CMP Douarnenez
Dr Cécile Bolzer-Bernier - PH - UMP
Dr Anne Le Prielec-Serrano - PH - UFMP
Dr Florence Le Seac'h - PH - Izella
Mme Véronique Morpain - Psychologue - CAMP Roger Gentis / EMPP
Mme Gaëlle Pruvost - Psychologue - CMPI Châteaulin / Quimper / Equipe mobile - PEA
M. Yannick Milin - Représentant du personnel CGT

Orientation #6

Dr Sylvie Boivin - Vice-présidente de la CME
Mme Sophie Laonet - Cadre supérieure de santé
Mme Véronique Combemorel - Directrice Adjointe DPAJ

Mme Anne-Lise Tirilly - Cadre de Santé - UMP-EMPP
Mme Florence Stervinou - Cadre de Santé - HJ Plouhinec/Châteaulin / CMPI Douarnenez
Mme Marie Argouarc'h - IDE - UMP
Mme Marion Rouzic - IDE - UMP
M. Mickaël Lauer - IDE - UAR
M. Philippe Pronost - IDE - CMP Hippodrome
Dr Ronan Le Naour - PH - UMP
Dr Mathieu Gazengel - UFMP
Mme Véronique Le Graciet - Représentante du personnel CFDT
Mme Fabienne Jegou - Représentante du personnel - CGT
M. Alain Plouhinec - Responsable qualité - DACQ

Orientation #7

Dr Gildas Burot - Chef de pôle
M. Sébastien Bertho - Cadre supérieur de santé
M. Noël Vanderstock - Directeur Adjoint DFCL

Mme Anne Le Floch - Adjointe Administrative - Borromée
Mme Roseline Courrot - Cadre de Santé - HC Adolescents / Equipe mobile
Mme Céline Divanach - Cadre de Santé - Armor
Mme Patricia Tourny - Cadre Socio Educatif - Ateliers thérapeutiques - HJ Adret
Mme Véronique Letra - IDE - CMP Roger Gentis
M. Tony Trichard - IDE - HJ Adret
Mme Anne Cousquer - Manipulatrice en radiologie - EEG - Neuro
Dr Stéphane Billard - PH - Clinique de l'Odét
Mme Violaine Blanc - Psychologue - Ateliers thérapeutiques
M. Vincent Renault - Psychologue - CMP Kerarthur
Mme Elodie Bossier - Représentante du personnel CFDT
Mme Linda Kerberenes - Représentante du personnel CGT



