

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2022 - 2027

DE L'EPSM DU FINISTÈRE SUD



PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2022 - 2027

SOMMAIRE

01. Projet médico-soignant	5
02. Projet psychologique.....	59
03. Projet de prise en charge sociale.....	63
04. Projet des usagers	75
05. Projet Qualité Gestion des risques	93
06. Projet social	109
07. Projet de gouvernance et de management participatif	117
08. Projet immobilier et développement durable.....	125
09. Projet de développement durable.....	139
10. Projet de communication	155

01

PROJET MÉDICO-SOIGNANT

2022 - 2027





PROJET MÉDICO-SOIGNANT

2022 - 2027

de l'Etablissement 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.

Idée 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).

ORIENTATION #1

ORIENTATION #2

ORIENTATION #3

ORIENTATION #4

ORIENTATION #5

ORIENTATION #6

ORIENTATION #7



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

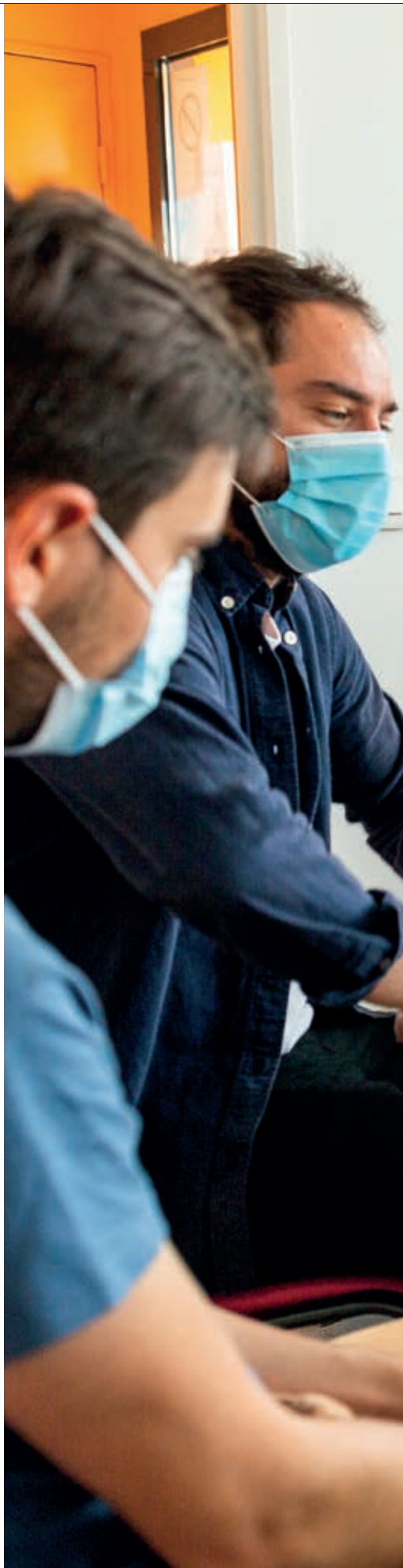
- Repérage des indications médicales pour orientation vers les lits séquentiels.
- Garantie de la disponibilité des lits séquentiels.
- Garantie d'un lieu de vie à la sortie d'hospitalisation.
- Prévention du risque de glissement des missions des lits séquentiels vers des hébergements temporaires (conгés,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



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 : 1/2 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 Cognitive-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 la 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).

Déclinaison

6.2 Consolidation de l'UFMP et développement des soins somatiques

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).

ORIENTATION #1

ORIENTATION #2

ORIENTATION #3

ORIENTATION #4

ORIENTATION #5

#6.2

ORIENTATION #7

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'examens 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 #1

ORIENTATION #2

ORIENTATION #3

ORIENTATION #4

ORIENTATION #5

#6.3

ORIENTATION #7

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 psychothérapiques.

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.

ORIENTATION #1

ORIENTATION #2

ORIENTATION #3

ORIENTATION #4

ORIENTATION #5

ORIENTATION #6

#7.1

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.

Déclinaison

7.3 Amélioration de l'environnement hospitalier

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.

ORIENTATION #1

ORIENTATION #2

ORIENTATION #3

ORIENTATION #4

ORIENTATION #5

ORIENTATION #6

#7.3

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

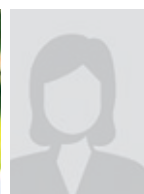
Mme Pascale Puron

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 Bouldoires

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 / CATTP 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'Odé
Dr William Fromentin - PH - PSA
Dr Lucile Bleuet - 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 Kerhaeg
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 Arazat - Psychologue - HJ Adret / La Ramende / Le Lidaps
Mme Anne Le Roux - Représentante du personnel - CFDT
Mme Fabienne Jegou - Représentante du personnel - CGT
Mme Isabelle Sossou - Représentante du personnel - SUD

Orientation #5

Dr Tiphaine Bouldoires - 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 Plouzenec - Infirmier en Pratique Avancée - CMP Hippodrome
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 Bosser - Représentante du personnel CFDT
Mme Linda Kerberenes - Représentante du personnel CGT





www.epsm-quimper.fr

PROJET MÉDICO-SOIGNANT 2022 - 2027
de l'Etablissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud

02

PROJET PSYCHOLOGIQUE

COLLÈGE DES PSYCHOLOGUES

LES 12 AXES DE TRAVAIL DU PROJET PSYCHOLOGIQUE

Axe 1 - Continuer à penser le rôle du psychologue dans l'accompagnement de la transition d'un lieu à un autre : liaison et accueil du transfert.

Objectifs :

- ▶ Fluidifier le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte pour le jeune, et entre les différents services intra / extra hospitaliers. Entre services soins au long court etc...

Actions :

- ▶ Constituer un groupe de travail pluriprofessionnel

Orientations du Projet médico-soignant

- ▶ Axe 1 : Développer des soins spécifiques pour les 16-20 ans (ou 16-25 ans), tant sur l'ambulatoire que sur l'hospitalisation
- ▶ Axe 2 : Repenser les soins au long cours, de la vie à l'hôpital à la vie avec un accompagnement extérieur en institution

Axe 2 - Groupes et ateliers thérapeutiques à l'initiative et animés par les psychos :

- Groupe de parole aux aidants (PSA)
- Journal « bulles d'océanides »
- Réunions soignants soignés : « Cause-rie », groupe « Papotons », « Assemblée de la libre parole »...
- Art et Psychiatrie
- CRePS : SchizoKit, EVEZH etc
- Réhab : AVQS, Silène Café, médiathèque etc
- Atelier thérapeutiques MBCT, photoexpression, atelier écriture....
- Jardin thérapeutique et médiation animale...
- etc

Objectifs :

- ▶ Continuer à soutenir l'invention de médiations permettant d'accueillir le patient comme sujet et acteur de ses soins

Actions :

- ▶ Partager, diffuser autour des inventions thérapeutiques

Orientations du Projet médico-soignant

- ▶ Axe 2 : Repenser les soins au long cours, de la vie à l'hôpital à la vie avec un accompagnement extérieur en institution
- ▶ Axe 3 : Placer les droits du patient et le soutien aux familles au cœur du dispositif, en particulier dans le parcours d'hospitalisation
- ▶ Axe 5 : Favoriser le développement des pratiques du rétablissement et de prévention
- ▶ Axe 7 : Droits des patients et politique de communication de l'établissement

Axe 3 - Pratiques cliniques autour de l'isolement

Objectifs :

- ▶ Garantir l'accès au psychologue en chambre de soins intensifs

Actions :

- ▶ Rappeler auprès des équipes la procédure existante

Orientations du Projet médico-soignant

- ▶ Axe 6 : Garantir l'accès aux soins, sur les prises en charge en urgence

Axe 4 - Singularité de la pratique du psychologue sur le terrain (dans la rue ou au domicile du patient, ou en structure)

Objectifs :

- Dimension de « l'Aller vers » pratique singulière du psychologue en CMP, EMPP, EMPSA, EMPEA, EMEP...

Actions :

- Développer la possibilité d'inventer une clinique hors les murs

Orientations du Projet médico-soignant

- Axe 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.

Axe 5 - La tenue du dossier patient

Objectifs :

- Continuer à penser la réalisation des écrits du psychologue avec le collègue des psychologues et l'adapter aux différents lieux de soin

Actions :

- Permettre à certains psychologues d'être formé aux écrits et à la manière de renseigner les informations sur le DPI
- Faire connaître aux équipes et aux psychologues la localisation de la fiche de suivi psychologique dans laquelle apparaît l'écrit du psychologue sur la PEC

Axe 6 - Accueil des familles

Objectifs :

- Repenser les anciennes pratiques professionnelles où la famille du patient se sentait exclue des soins et redonner une place à la famille Possibilité que les familles soient reçues par un psychologue

Actions :

- Participer activement à toutes les démarches autour du travail avec les familles

Orientations du Projet médico-soignant

- Axe 3 : Placer les droits du patient et le soutien aux familles au cœur du dispositif, en particulier dans le parcours d'hospitalisation

Axe 7 - Analyse des pratiques

Objectifs :

- Garantir une réflexion théorico-clinique d'équipe très approfondie et ajustée au plus près des nécessités thérapeutiques des différents patients de l'EPSM. Engagement spécifique des psychologues cliniciens auprès des équipes pluridisciplinaires pour soutenir la réflexion et l'élaboration théorique de la clinique (travail d'analyse critique des différents outils, des techniques thérapeutiques, des méthodologies choisies en fonction des situations etc...) Ex : séances régulières d'analyse des pratiques animées par des psychologues / Jeudi cliniques du pôle PEA,

Actions :

- Maintenir ces espaces actifs

Axe 8 - L'accueil des stagiaires

Objectifs :

- ▶ Maintenir l'effort de formation de nouveaux stagiaires

Actions :

- ▶ Travailler avec le département formation pour créer une commission afin de clarifier le circuit de la demande.
- ▶ Arbitrer annuellement la possibilité de gratification de plusieurs stagiaires. (en cours)

Axe 9 - L'accueil des psychologues nouvellement arrivés sur l'établissement

Objectifs :

- ▶ Favoriser l'intégration des nouveaux collègues psychologues dans le collectif de pairs

Actions :

- ▶ Maquette déjà effectuée/continuer la réalisation du livret d'accueil à partir du collège des psychologues

Axe 10 - Le recrutement

Objectifs :

- ▶ Observer les points de vigilance dans la continuité de l'ancien volet psychologique

Actions :

- ▶ Continuer de participer aux procédures de recrutement et d'accueil des psychologues.
- ▶ Continuer à collaborer à l'élaboration de la fiche de poste avec le médecin responsable de pôle

Axe 11 - Temps FIR

Objectifs :

- ▶ Respecter le temps imparti à la fonction FIR par psychologue et dans chaque pôle (jusqu'à 1/3 du temps global)

Actions :

- ▶ Améliorer la transparence autour du temps FIR à l'échelle de l'établissement
- ▶ Faire un point annuel lors du collège

Axe 12 - Les différents métiers en psychologie sur l'EPSM : Le psychologue clinicien, le neuropsychologue, le psychothérapeute, le psychologue du travail

Objectifs :

- ▶ Réalisation d'une fiche métier en fonction de chaque spécialité prenant en compte chaque orientation
- ▶ Définir les places et rôles dans leurs équipes de soin

Actions :

- ▶ Créer un groupe de travail réunissant psychologues et médecins

03

PROJET DE PRISE EN CHARGE SOCIALE

COLLÈGE DES ASSISTANT(E)S DE SERVICE SOCIAL

CONTEXTE DU PROJET DE PRISE EN CHARGE SOCIALE 2022-2027

I. Le travail social dans un Etablissement Public de Santé Mentale

L'assistant(e) de service social contribue à créer les conditions pour que les personnes, les familles ou les groupes avec lesquels il travaille, aient les moyens d'être acteurs de leur transformation et de renforcer les liens sociaux et les solidarités dans leurs lieux de vie.

Les missions de l'assistant(e) de service social dans un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) ne sont pas fondamentalement différentes, dans l'essence, de ceux de tout autre service social :

- ▶ Conseiller, orienter, soutenir les personnes accueillies et leurs familles
- ▶ Accompagner les personnes dans leurs démarches diverses (d'accès aux droits, aux soins, d'insertion par le logement / emploi et juridique etc).
- ▶ Informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale
- ▶ Apporter un concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier
- ▶ Assurer, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux.

Néanmoins, être assistant(e) de service social dans un EPSM induit l'intérêt professionnel de venir travailler dans un milieu confronté tous les jours à la souffrance psychique. Le travail de l'assistant(e) de service social se place dans le cadre bien particulier des soins et il s'inscrit dans une dynamique soignante pluridisciplinaire, dont les outils vont tenter de contribuer à l'amélioration de la santé et à la resocialisation de la personne.

Ainsi, contrairement aux services sociaux extérieurs, les assistant(e)s de service social sont intégrés à une équipe de professionnels du soin sur laquelle ils s'appuient et qui apporte des éléments de compréhension sur ce qui fait crise ou blocage dans le vécu au quotidien des patients / résidents.

La position de l'assistant(e) de service social au sein de l'équipe se situe à l'interface du sanitaire, du médico-social et du social. Les assistant(e)s de service social sont amenés à faire du lien entre les équipes soignantes et les nombreux acteurs sociaux et médico-sociaux susceptibles d'apporter leur concours au maintien de la personne dans sa citoyenneté. Il s'agit souvent d'échanger autour des représentations sur les pathologies mentales, car il est souvent observé combien la souffrance psychique fait l'objet de stigmatisations. Ce travail d'information auprès du réseau partenarial doit permettre de réduire le risque d'approcher la personne sous le seul angle de sa maladie et de ses symptômes en occultant la diversité de ses facettes d'être humain.

II. Le cadre déontologique et juridique

Le Code de Déontologie des assistant(e)s de service social a été adopté à l'Assemblée Générale de l'ANAS le 28 novembre 1994. Il est destiné à servir de guide aux assistant(e)s de service social dans l'exercice de leur profession, il se décline en recommandations en terme de :

- Principes généraux et devoirs : dignité de la personne, non-discrimination, secret professionnel, indépendance et liberté [...]
- Devoirs envers les usagers : évaluation globale de la situation, recherche de l'adhésion des usagers, continuité de l'intervention, refus d'une intervention dans un but de contrôle, confidentialité dans le cadre de travail en interdisciplinarité/partenariat [...]
- Obligations envers les organismes employeurs : rendre compte de son activité, faire connaître à l'employeur les conditions et les moyens indispensables à l'intervention sociale qui lui est confiée et ce qui y fait entrave [...]

- Obligations envers la profession : études et réflexions constantes sur les objectifs de la profession et leur mise en œuvre, contribution à l'évolution constante de sa profession, confraternité et devoirs d'entraide professionnelle.

Les missions s'inscrivent dans les missions générales des assistants socio-éducatifs de la Fonction Publique Hospitalière, définies par le décret du 26 mars 1993 :

- Aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie, et de faciliter leur insertion
- Dans le respect des personnes, rechercher les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social

Il est important de souligner aussi que les assistant(e)s de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Ces missions déterminées par l'institution, sont exercées par l'assistant(e) de service social au travers de différentes fonctions inhérentes à sa profession :

- Accueil, évaluation, information, orientation
- Accompagnement social
- Médiation
- Travail en réseau, coordination
- Conduite de projet, travail avec les groupes
- Veille sociale, expertise, formation

III. Les activités et l'organisation à l'EPSM du Finistère Sud

En 2023, 14 assistantes de service social interviennent à l'EPSM du Finistère Sud, ce qui représente 13,8 ETP, dont 1 ETP dédié au Service Social du personnel.

Les assistantes de service social interviennent auprès de différents publics à raison de :

- 8,1 ETP budgétés en psychiatrie adulte (Pôle 1 : 3 ETP / Pôle 2 dont addictologie : 3 ETP / Pôle 3 : 2,1 ETP)
- 1,7 ETP budgété en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- 1 ETP budgété en psychiatrie du sujet âgé
- 1 ETP budgété polyhandicap / TED
- 1 ETP budgété EMEP

Les assistant(e)s de service social sont placées sous l'autorité hiérarchique de la Direction des Ressources Humaines par délégation de la Direction, et sous l'autorité fonctionnelle des Responsables de Pôle.

Les assistant(e)s de service social de l'EPSM du Finistère Sud peuvent intervenir à la demande du patient, du médecin, de l'équipe pluridisciplinaire, de la famille, du mandataire judiciaire et autres partenaires. Elles peuvent également proposer leur intervention au regard des éléments recueillis lors des échanges cliniques. Son intervention s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, a minima soignante et/ou médicale.

Chaque assistant(e) de service social dispose d'un bureau personnel ou polyvalent permettant le déroulement des entretiens. Selon l'état de santé du patient/résident, l'entretien peut se dérouler au sein des structures de soin, avec ou sans la présence d'un soignant. Les entretiens peuvent également se dérouler au lieu de vie du patient.

Outre les entretiens physiques, les interventions peuvent également se dérouler sous la forme d'entretiens téléphoniques, de démarches téléphoniques et courriers auprès des organismes et partenaires, d'accompagnements physiques pour faciliter les démarches et s'inscrire dans une perspective d'autonomisation des personnes prises en charge, et de synthèses avec les partenaires.

Selon les domaines d'intervention qui émanent des publics accompagnés, les compétences et connaissances se spécialisent (CF annexes « Activités spécifiques » par public).

Les assistantes de service social sont organisées collectivement en un Collège, qui a été créé dans les années 90, et qui se réunit mensuellement. Le projet de prise en charge sociale 2017-2020 a permis de travailler la place du Collège et des assistant(e)s de service social dans l'organisation institutionnelle au travers de différentes actions mises en œuvre :

- Création d'une boîte mail dédiée au Collège ASS pour favoriser la communication interne et externe
- Formalisation des missions de référence du Collège ASS
- Implication dans les divers groupes de travail de l'établissement (Projet médico-soignant, Projet Territorial de Santé Mentale du Finistère)
- Développement de l'accès des ASS aux formations internes

OBJECTIFS DU PROJET DE PRISE EN CHARGE SOCIALE 2022-2027

FICHE ACTION #1 : Prise en charge sociale du public 16-20 ans

Objectif stratégique, enjeu : Accompagnement adapté et spécifique dans le passage à la vie d'adulte

► Problématique de départ, constats

La tranche d'âge 16-20 ans représente une prise en charge spécifique dans la mesure où elle correspond à une période de transformation et ainsi à une préparation à la vie adulte. Pour une part, ces jeunes sont soumis à l'autorité parentale.

Par ailleurs, il apparaît sur le territoire un manque de dispositifs d'accompagnement pour les jeunes en situations de handicap et par conséquent de relais pour les parents souvent l'aidant principal.

On constate un cloisonnement entre la prise en charge sanitaire et la prise en charge socio-éducative.

Enfin, ces jeunes sont particulièrement exposés aux risques de harcèlement scolaire et cyber harcèlement en lien avec un mésusage de l'outil numérique. On remarque aussi des violences liées à la sexualité et au genre. Et plus généralement cet âge est propice aux conduites à risques.

► Objectifs opérationnels

- Renforcer le travail partenarial auprès des services départementaux de protection de l'enfance
- Renforcer les liens avec les différentes structures liées à l'insertion sociale (mission locale, CFA, MFR...) ET au handicap (ITEP, IME, accueil de jour...).

► Résultats à obtenir

- Eviter les situations de rupture de parcours
- Contribuer à l'ouverture d'une unité d'hospitalisation ou d'une équipe de soin ambulatoire dédiée à ce public.

► Descriptif des actions permettant d'atteindre les résultats

- Participer au groupe de travail de l'axe 1 du Projet médico-soignant « Développer des soins spécifiques sur les 16-20 ans, tant sur l'ambulatoire que sur l'hospitalisation »
- Recenser les besoins spécifiques de ce public afin d'ouvrir de nouvelles prestations auprès de la MDPH.
- Développer une animation partenariale en lien avec les problématiques rencontrées des 16-20 ans.
- Répertoire l'offre territoriale destinée aux jeunes 16-20 ans (associations, structures d'accueils...).

► Moyens

- Création d'un temps d'assistante sociale pour cette nouvelle offre de soins

► Indicateurs de suivi et d'évaluation des actions

- Bilan annuel au Collège des ASS
- Création d'un répertoire
- Valorisation de l'accompagnement de ces jeunes dans le cadre de la SISM

FICHE ACTION #2 : Logement

Objectif stratégique, enjeu : Recherche d'un lieu de vie pour les patients, favorisant la fluidification de leurs parcours dans le respect de leur projet de vie.

► Problématique de départ, constats

- En lien avec l'orientation numéro 2 « Repenser les soins au long cours, de la vie à l'hôpital à la vie avec un accompagnement extérieur en institution » du projet médico-soignant 2022-2027, ainsi que l'orientation numéro 3 « Placer les droits du patient et le soutien aux familles au cœur du dispositif, en particulier dans le parcours d'hospitalisation », et plus singulièrement les diverses alternatives aux hospitalisations.
- Demandes d'accompagnement dans la recherche d'un lieu de vie, à savoir des recherches de logement individuel ainsi que des recherches d'un lieu de vie collectif dans le médico-social (secteur personne handicapée ou personne âgée).
- La dimension territoriale est aussi un point important pour les patients, qui sont souvent très attachés à leur secteur géographique et notamment en raison de leur lieu de soin (CMP de secteur), leurs habitudes de vie, leurs repères. Cette donnée est donc à prendre en compte dans notre intervention sociale.

Notre mission d'accompagnement est de manière générale en relation avec le parcours du patient. Le repérage et la mise en action des multiples pistes pour trouver une solution d'accueil/d'un lieu de vie adapté ont souvent pour origine des dispositifs d'hébergement et des parcs locatifs privés et publics saturés.

► Objectif opérationnel

- Permettre la réalisation du projet du patient en proposant un accompagnement social adapté aux besoins de la personne, en lien avec notre territoire de santé mentale.

► Résultats à obtenir

- Contribuer à la déstigmatisation des patients auprès des partenaires (bailleurs sociaux, structures...)

► Descriptif des actions permettant d'atteindre les résultats

- Action 1 : implication dans le groupe de travail « logement » interne à l'EPSM (orientation n°3)
- Action 2 : participation au groupe de travail « Accès et maintien dans le logement » du PTSM 29.
- Action 3 : invitation 2 fois / an d'un partenaire en lien avec le logement au Collège des ASS (bailleur sociaux, CCAS, service médiation voisinage OPAC...).
- Action 4 : proposition d'une rencontre ATP/ UDAF/ EPSM (Mme Baranger Direction des Affaires Générales et de la Patientèle)
- Action 5 : partage des informations au Collège des ASS (1 fois/mois) sur les places disponibles dans les structures PA/PH/parc locatif privé.
- Action 6 : utilisation des outils existants permettant le recensement des situations sans solution de logement (ex : absence de logement qui entraîne un risque de dégradation de l'état de santé physique et psychique du patient)

► Moyens

- Humain : les assistant(e)s de service social
- Architectures : Site de l'EPSM

► Indicateurs de suivi et d'évaluation des actions

- Action 1 : bilan annuel au Collège des ASS
- Action 2 : nombre de rencontre avec les partenaires logement

FICHE ACTION #3 : Travail avec les familles/aidants

Objectif stratégique, enjeu : Accompagner les familles/aidants pour améliorer la prise en soin des patients.

► Problématique de départ, constats

De plus en plus de familles souhaitent être accompagnées dans le cadre de la prise en charge de leurs proches. Il existe différentes configurations familiales qu'il faut prendre en compte : famille monoparentale, famille homoparentale, famille recomposée. De plus, la famille ne s'arrête pas toujours aux liens de filiation : personne de confiance, personne à prévenir, personnes ressource... Par extension, toute personne concernée et bénéficiant de la confiance du patient peut faire partie de l'entourage proche, sans qu'il n'y ait de hiérarchie naturelle à respecter.

Les assistant(e)s de service social sont confrontés à des situations sociales de plus en plus précaires. Ce constat les amène à solliciter de plus en plus les familles/aidants qui deviennent des partenaires privilégiés dans la prise en charge des patients. Aujourd'hui, le travail avec les familles/aidants s'impose comme une nécessité incontournable dans la prise en charge sociale des patients en santé mentale (orientation n°3 du Projet médico-soignant).

Essentiellement pour trois grandes raisons :

- la famille/l'aidant a une connaissance de la situation sociale et une expertise vécue qui en fait une alliée de l'assistant(e) de service social
- la famille/l'aidant est généralement en liaison avec le patient et l'assistant(e) de service social attend d'elle qu'elle facilite sa réinsertion dans son milieu de vie
- la famille/l'aidant souffre elle-même de la situation, et elle peut demander à être entendue, soutenue et aidée

En effet, on ne peut pas à la fois attendre de l'entourage qu'il se charge de l'accompagnement au quotidien et l'exclure totalement de la prise en charge.

► Objectifs opérationnels

- Prévenir et éviter que les proches soient à leur tour entraînés dans une problématique de santé mentale ou de problèmes de santé physique.
- Renforcer le travail partenarial avec la famille.

► Descriptif des actions permettant d'atteindre les résultats

- Participer aux dispositifs d'information et d'accueil (programme BREF et autres programmes à venir)
- Poursuivre la formation des assistant(e)s de service social à la question spécifique du travail avec les familles
- Implication des ASS dans les groupes de parole aux aidants existants et à venir

► Résultats à obtenir

- Améliorer la prise en charge globale du patient, en prenant en compte son environnement familial et relationnel

► Moyens

- Humains : les ASS
- Formation à la demande

► Indicateurs de suivi et d'évaluation des actions

- Bilan annuel au collège des assistant(e)s de service social

Annexe 1

Activités spécifiques de l'Assistant(e) de Service Social en Addictologie

- ▶ **Public** : patients présentant une ou plusieurs addictions avec ou sans produit (alcool, opiacés, jeux...).
- ▶ **Structures d'intervention** :
 - Hospitalisation Complète – Clinique de l'Odet
 - Hôpital de jour – Clinique de l'Odet
 - Centre médico-psychologique – Clinique de l'Odet
- ▶ **Compétences/connaissances particulières liées au public** :
 - Proposer un suivi social qui s'appuie sur une connaissance de l'addiction et des conséquences qu'elle implique.
 - Connaître les centres de cure et de post-cure pour orienter les patients vers des structures adaptées à leurs besoins.
 - Participer aux réunions des ASS travaillant en addictologie. Ce groupe de réflexion est essentiel en tant que lieu d'échange et d'expertise.
 - Sensibiliser les travailleurs sociaux extérieurs sur les addictions afin de les aider à mieux comprendre la pathologie de l'usager .
 - Assurer un rôle de liaison au sein du réseau tissé autour du patient.

Annexe 2

Activités spécifiques de l'Assistant(e) de Service Social en Psychiatrie pour adultes

- ▶ **Public** : personnes de plus de 16 ans souffrant de troubles psychiques
- ▶ **Structures d'intervention** : sur 3 secteurs géographiques :
 - Unités d'admission
 - Centre d'Accueil médico-psychologique
 - Hôpitaux de Jour
 - Maison Thérapeutique intersectorielle
- ▶ **Compétences/connaissances particulières liées au public** :
 - Connaître les pathologies mentales et leur impact sur la vie du patient et de sa famille
 - Connaître les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement social et/ou professionnel dédiés aux personnes souffrant de troubles psychiques
 - Connaissance générale des droits des patients : couverture sociale, ressources, prestations légales et extra-légales
 - Protection des personnes vulnérables (mesure de protection des majeurs)
 - Médiation entre les patients et l'extérieur (famille, partenaires, organismes divers)
 - Coordination entre les patients et les équipes

Annexe 3

Activités spécifiques de l'Assistant(e) de Service Social en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

- ▶ **Public** : Enfants et Adolescents (0-16 ans)
- ▶ **Structures d'intervention** :
 - Consultations d'Audierne, Châteaulin, Concarneau, Douarnenez, Quimper (Q1, Q2, Q3), Quimperlé
 - Hôpital de jour de Concarneau, hôpital de jour Nominoë (Douarnenez), hôpital de jour En-

fants (Quimper), hôpital de jour de Quimperlé

- Hôpital de jour Adolescents
- HC Ados
- MTCL
- SESSAD « jeunes autistes »

► **Compétences/connaissances particulières liées au public :**

- Savoir travailler en équipe pluridisciplinaire de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, secrétaires).
- Savoir sélectionner et transmettre aux partenaires extérieurs les éléments nécessaires à la mise en œuvre du projet de vie de l'enfant et de l'adolescent en lien avec le projet de soins.
- Savoir contribuer à l'élaboration du projet médico-social de l'enfant ou de l'adolescent en l'ajustant aux réalités concrètes et en l'adaptant, autant que faire se peut, à leur contexte de vie.
- Savoir aborder avec les familles la notion de handicap « scolaire »

► **Activités spécifiques :**

- Aide à la parentalité
- Aide à l'élaboration des dossiers relatifs aux parcours de scolarisation
- Participation aux réunions de suivi de scolarisation et aux réunions d'équipe éducative
- Coordination avec les différentes équipes du service (consultations, HJTP, HC, équipe de liaison, école du CMPI, jardin d'enfants...
-

Annexe 4

Activités spécifiques de l'Assistant(e) de Service Social en Psychiatrie du Sujet Âgé

► **Public :** personnes âgées de plus de 70 ans (décompensation aiguë d'une pathologie psychiatrique chronique sans décompensation somatique aiguë, troubles anxieux et dépressifs, troubles psycho-comportementaux)

► **Structures d'intervention :**

- UPSA
- Résidence Kerfily
- Hôpitaux de jour : l'Estran, l'Hermine, Ster Héol, Tréouguay
- EMPSA (équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé)

► **Compétences/connaissances particulières liées au public :**

- Accompagnement des patients et des familles dans les démarches d'accès aux droits, démarches administratives (constitution de dossier d'EHPAD, USLD, SSR)
- Constitution de dossiers d'aide sociale à l'hébergement
- Protection des majeurs vulnérables (dossier de mesure de protection)
- Connaissance des dispositifs de soutien de maintien à domicile : APA, accueil de jour, accueil temporaire
- Orientation vers les structures, institutions et associations spécialisées
- Formation régulière liée au vieillissement (ex : psychopathologie du sujet âgé, connaissances minimales sur les pathologies liées au vieillissement afin d'adapter sa pratique professionnelle)

► **Activités spécifiques :**

- Membre de la commission EHPAD USLD : Gestion administrative des dossiers d'admission en lien avec les médecins et AMA des résidences
- Travail de partenariat // réseaux : EHPAD, CLIC, CDAS, CD 29, MDPH, MAIA, services d'aide à domicile, cabinet IDE.....
- Lien hôpital ville soin : PTSM

Annexe 4

Activités spécifiques de l'Assistant(e) de Service Social en Psychiatrie du Sujet Âgé

- ▶ **Public** : personnes âgées de plus de 70 ans (décompensation aiguë d'une pathologie psychiatrique chronique sans décompensation somatique aiguë, troubles anxieux et dépressifs, troubles psycho-comportementaux)
- ▶ **Structures d'intervention** :
 - UPSA
 - Résidence Kerfily
 - Hôpitaux de jour : l'Estran, l'Hermine, Ster Héol, Tréouguay
 - EMPSA (équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé)
- ▶ **Compétences/connaissances particulières liées au public** :
 - Accompagnement des patients et des familles dans les démarches d'accès aux droits, démarches administratives (constitution de dossier d'EHPAD, USLD, SSR)
 - Constitution de dossiers d'aide sociale à l'hébergement
 - Protection des majeurs vulnérables (dossier de mesure de protection)
 - Connaissance des dispositifs de soutien de maintien à domicile : APA, accueil de jour, accueil temporaire
 - Orientation vers les structures, institutions et associations spécialisées
 - Formation régulière liée au vieillissement (ex : psychopathologie du sujet âgé, connaissances minimales sur les pathologies liées au vieillissement afin d'adapter sa pratique professionnelle)
- ▶ **Activités spécifiques** :
 - Membre de la commission EHPAD USLD : Gestion administrative des dossiers d'admission en lien avec les médecins et AMA des résidences
 - Travail de partenariat // réseaux : EHPAD, CLIC, CDAS, CD 29, MDPH, MAIA, services d'aide à domicile, cabinet IDE.....
 - Lien hôpital ville soin : PTSM

Annexe 5

Activités spécifiques de l'Assistant(e) de Service Social auprès du public TED – Polyhandicapé

- ▶ **Public** : Pôle d'activité clinique dédié à la prise en charge sanitaire et/ou médico-sociale de personnes adultes souffrant de troubles envahissants du développement, de psychose grave en association parfois avec des handicaps psychiques et physiques
- ▶ **Structures d'intervention** :
 - Unités de soins du pôle 5 : La Canopée, Hôpital de jour « Nouages » et Centre d'Accueil médico-psychologique (CAMP) Borromée
 - Unités de vie du pôle 5 : Les Océanides (Maison d'Accueil Spécialisée et Etablissement d'Accueil Médicalisé)
 - Coordination SAVS MADEHO
- ▶ **Compétences/connaissances particulières liées au public** :

Au niveau des unités de vie :

 - Réceptionner les candidatures pour la résidence des océanides, prendre contact avec la famille et les partenaires, rédiger une fiche synthétique de la situation pour la présenter lors de la commission d'admission
 - Participer à la mise en place du Document Individuel de Prise en Charge + contrat de séjour (DIPC) dans une structure médico-sociale (loi 2002.2) auprès des mandataires judiciaires et tuteurs familiaux

- Collaborer auprès des équipes dans la construction du Projet d'Accompagnement Personnalisé et aborder les domaines de la personne de confiance, des directives anticipées...
- Avoir une connaissance des droits des Personnes Handicapées, notamment de l'aide sociale à l'hébergement personne handicapée, de la Prestation de Compensation du Handicap
- Mise à jour du Logiciel Via Trajectoire afin de mieux connaître les partenaires et les places disponibles sur le département
- Participer au COPIL d'évaluation externe de la résidence des Océanides

Au niveau des unités de soins :

- Proposer un suivi social qui s'appuie sur une connaissance des troubles envahissants du développement et des conséquences qu'elles impliquent. A noter, un changement de profil pour dans les nouvelles prises en charge. Il s'agit de jeunes patients (16–25 ans) nécessitant un accompagnement spécifique dans la construction de leur projet de vie (orientation vers le travail, un lieu de vie...)
- Connaître les structures médico-sociales et institutions pour orienter les patients vers les structures les plus adaptées à leurs besoins et en fonction des disponibilités potentielles.
- Assurer un rôle de liaison entre les mandataires judiciaires/famille et les institutions et un rôle de coordinations auprès des différents partenaires afin de trouver des solutions pour co-construire une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des personnes suivies

Annexe 6

Activités spécifiques de la Coordinatrice de parcours complexes à l'EMEP

- **Public** : Rattaché au pôle 5 – Borromée prise en charge de patient ayant des troubles psychiatriques au long cours de 18 à 69 ans – intersectoriel et couvre les 3 secteurs de psychiatrie adulte.
- **Structures d'intervention** :
 - L'Equipe Mobile et d'Etayage en Psychiatrie (EMEP) intervient dans des situations complexes, de manière intensive et graduée (en intra-hospitalier, extra-hospitalier et dans les structures médico-sociales).
- **Compétences/connaissances particulières liées au public** :
 - Travailler en équipe pluridisciplinaire (IDE, psychologue, ergothérapeute ...)
 - Savoir contribuer à l'élaboration du projet de soin du patient en l'ajustant aux réalités des structures / des lieux de vie et en l'adaptant, au plus près de leurs besoins.
 - Connaître les dispositifs pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées.
 - Savoir élaborer un échange constructif avec les partenaires internes et externes dans le cadre de la mise en œuvre de l'accompagnement par l'équipe mobile dans les délais impartis.
 - Etayer le réseau ou l'entourage familial du patient
- **Activités spécifiques** :
 - Organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire.
 - Evaluation sociale des besoins avec l'outil de l'équipe mobile.
 - Cartographie des situations de personnes accompagnées « à risque » - selon les directives du COPIL soins au long cours.
 - Elaboration des outils nécessaires à la prise en charge sur l'EMEP.
 - Contribution à la mise en œuvre de la prise en charge sociale en adéquation avec le parcours de soin.
 - Participation aux différents espaces d'élaboration de l'Equipe mobile : réunions cliniques, supervision, formation
 - Participation au COPIL SLC en qualité de membre.

04

PROJET DES USAGERS

Un Projet des Usagers 2020-2024 a été élaboré et validé par les instances de l'établissement en 2019.

Cette élaboration participative autour d'un comité de pilotage composé de binômes d'animateurs (Représentants des Usagers et Représentants de la Direction) a fait l'objet d'un appel à candidatures pour la contribution de trois groupes de travail portant sur :

L'AMÉLIORATION DU CADRE DE VIE ET DE L'ENVIRONNEMENT DE SOINS

- ▶ Préserver l'intimité des patients (Confidentialité)
- ▶ Améliorer le cadre de vie (Qualité des locaux)
- ▶ Améliorer la qualité des activités
- ▶ Améliorer la qualité de vie

L'ENTOURAGE ET RÉHABILITATION

- ▶ Accessibilité, lisibilité du dispositif et ouverture sur la cité
- ▶ Partenariats
- ▶ Accès à la culture
- ▶ Accès au sport

LES DROITS DES PATIENTS

- ▶ Contenu d'une trame de charte de fonctionnement pour les unités de soins
- ▶ Formation intra sur les droits des patients à rendre obligatoire, rythme à définir, prioriser les professionnels en HC (pack « formations » : bien-traitance, droits des patients, parcours patients, réactualisation des connaissances)
- ▶ Colloque dédié sur un thème favorisant le droit des patients
- ▶ Question de l'implication des usagers, patients dans la vie institutionnelle
- ▶ Organisation de la réponse aux patients souhaitant changer de praticien et/ ou d'unité de soins

Chaque groupe a pu développer des pistes d'amélioration déclinées sous la forme de fiches objectifs avec des actions et avec un calendrier qui couvrent le Projet d'Etablissement en cours et visent à s'intégrer dans le prochain.

Depuis, une fois par an au minimum, en Commission Des Usagers (CDU), un point est fait autour des convergences entre le Projet des Usagers et le plan d'actions de la CDU. Ceci a permis de réduire les redondances, de ménager la disponibilité des Représentants des Usagers et de limiter l'organisation de groupes de travail.

De même, depuis l'adoption du Projet médico-soignant 2022-2027, la même recherche a été menée entre les deux projets, démontrant une cohérence de vue entre les usagers et l'institutionnel.

Dans le cadre du projet médico-soignant 2022-2027, un nouveau Projet des Usagers sera élaboré pour la période 2025-2027 et intégrera les actions restant à mener et celles définies par un groupe de travail réunissant les Représentants des Usagers et les professionnels de l'établissement.

PRÉAMBULE

En cohérence avec le Projet d'Etablissement en cours et celui à venir, et en concertation avec le Comité de Pilotage « Droits des Patients » et la Commission Des Usagers, il a été décidé d'élaborer, début 2019, un volet usager du Projet d'Etablissement visant à développer des plans d'actions qui contribuent à la qualité de la prise en charge et au respect des droits des patients.

Cette élaboration participative autour d'un comité de pilotage composé de binômes d'animateurs (Représentants des Usagers et représentants de la Direction) a fait l'objet d'un appel à candidatures par note d'information avec trois groupes de travail :

1. **Amélioration du cadre de vie et de l'environnement de soins**, piloté par Monsieur Heydon, Représentant des Usagers (UFC Que Choisir) et Madame LE FRAPPER, puis Madame Roth-Jaraud en qualité de Représentant du Service des Relations avec les Usagers ;
2. **Entourage et réhabilitation**, piloté par Monsieur Carn, Représentant des Usagers (Unafam) et Monsieur Vanderstock, Directeur Adjoint en charge de la Patientèle ;
3. **Droits des Patients**, piloté par Monsieur Pyatzook, Représentant des Usagers (France Alzheimer) et Madame Denoual-Bolzer, Présidente de la CDU.

Chaque groupe a pu développer des pistes d'amélioration déclinées sous la forme de fiches objectifs avec des actions évaluables et sur un calendrier qui couvre le projet d'établissement en cours et visent à s'intégrer dans le prochain.

Certaines actions ou objectifs ont été relevés par les groupes de travail mais ils étaient plus en lien avec le Projet de Soins ou le Projet Médical et n'ont donc pas été retenus dans ce document.

Ce projet a été élaboré avant le contrôle effectué par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté du 13 au 17 janvier 2020.

Dès lors, le rapport conclusif viendra alimenter ce projet au cours des retours et recommandations qui seront effectués.

GROUPE N°1 : AMELIORATION DU CADRE DE VIE ET DE L'ENVIRONNEMENT DE SOINS

Le groupe est composé de 4 personnes en plus des animateurs et s'est réuni 3 fois.

- Madame Aude Deru, IDE, Pôle PSA
- Monsieur Christian Heydon, Représentant des Usagers, UFC Que Choisir, Copilote
- Madame Sandrine Le Frapper, Attachée d'Administration, DFPC, puis Madame Isabelle Roth-Jaraud, Attachée d'Administration, DFPC, Copilote,
- Madame Valérie Lorier, IDE, Pôle n°3
- Monsieur Philippe Prigent, Cadre Supérieur de Santé, Pôle n°3
- Madame Gisèle Seznec, IDE, Pôle n°2

Les principales pistes d'amélioration évoquées par le groupe sont les suivantes :

- ▶ Préserver l'intimité des patients (Confidentialité)
- ▶ Améliorer le cadre de vie (Qualité des locaux)
- ▶ Améliorer la qualité des activités
- ▶ Améliorer la qualité de vie

FICHE PROJET n°1 : PRESERVER L'INTIMITE DES PATIENTS

► Eléments de contexte

En 2018 et 2019, des visites de structures hospitalières ont été organisées à l'intention des représentants des usagers. Ce fut l'occasion pour ces derniers de visiter les locaux hospitaliers en dehors du cadre institutionnel des réunions, d'échanger avec les équipes pluridisciplinaires. Ainsi le regard extérieur et neutre des 4 représentants des usagers accompagnés des cadres des unités et de la responsable du Service des Relations avec les Usagers a-t-il permis d'extraire des thématiques en lien avec l'amélioration du cadre de vie et de la qualité des soins, telle que cette fiche n°1 : la préservation de l'intimité des patients.

► Objectif général du projet

Sur certaines structures l'intimité des résidents, notamment au long cours, n'est pas suffisamment assurée et la promiscuité peut être un élément défavorable au parcours de soins. Or le droit à l'intimité est l'un des fondements de la Loi du 4 mars 2002 sur les Droits des patients. La chambre est reconnue comme un lieu privé, or l'espace personnel y est complexe à organiser en cas de chambre double (rangements personnels, insonorisation et confidentialité des locaux,...).

► Principales actions envisagées

Améliorer l'intimité des patients sur les structures de la Clinique de l'Odét, d'Ar Sterenn (site de l'EPSM), l'HJ et le CMP de Douarnenez, dont les situations ont retenu l'attention des représentants des usagers

► Evaluation du financement

En cours

► Eléments de calendrier

	2020			2021			2022			2023			2024		
Action 1 - HJ et CMP de Douarnenez : améliorer l'isolation phoniques des bureaux					x										
Action 2 - Clinique de l'Odét : mise en place de claustra pour isoler des regards de la rue		x			x										
Action 3 - Ar Sterenn : créer un espace pour le rangement des effets personnels dans les chambres doubles (2020 : étude, 2021 réalisation)		x			x										
Action 4 - Clinique de l'Odét : étude de faisabilité et chiffrage de la suppression des chambres doubles														x	
Action 5 - Ar Sterenn : étude de faisabilité et chiffrage de la suppression des chambres doubles										x					
Action 6 - Favoriser l'accueil des familles et des proches dans les unités de soins	x														

FICHE PROJET n°2 : AMELIORER LE CADRE DE VIE (QUALITE DES LOCAUX)

► Eléments de contexte

Les représentants des usagers souhaitent poursuivre les visites des structures. Une planification en sera élaborée chaque année. Les échanges pragmatiques avec les équipes pluridisciplinaires décrivent des besoins en équipements et maintenance figurant au recensement annuel mais restés non satisfaits, pour des raisons de budget contraints et dont la demande est donc renouvelée systématiquement.

► Objectif général du projet

La qualité des locaux intervient en matière d'hygiène et de sécurité des soins. Il s'agit de lutter contre la vétusté des installations via un investissement de moyens peu coûteux comme le nettoyage de sols, le rafraîchissement de peintures, la lutte contre les nuisances sonores,... ou via à l'intégration à plus long terme au projet d'établissement dans la réflexion de relocalisation de certaines structures et une politique de maintenance préventive.

► Principales actions envisagées

Améliorer l'état de certains locaux sur des structures de l'EPSM

Evaluation du financement

En cours

► Eléments de calendrier

	2020			2021			2022			2023			2024		
Action 1 - Clinique 10 : analyser et traiter les nuisances sonores internes (résonance) et externes (effaroucheurs) au bâtiment		x			x			x							
Action 2 - HJ Les Lucioles : insonorisation de la salle d'accueil					x										
Action 3 - Clinique de l'Odé : étude et mise en œuvre d'améliorations ne nécessitant qu'un faible investissement (nettoyage murs, climatisation, etc)					x			x							
Action 4 - Kerfily : Rafraîchissement des intérieurs		x			x										
Action 5 - CDU : mettre en place un plan de visite des unités de l'EPSM sur une base de 5 ans + synthèse des visites		x													
Action 6 - Etude de faisabilité et chiffrage du déplacement de certains établissements sur un site plus adapté : Clinique de l'Odé, LIDAPS, et HJ Kerhaleg					x										

FICHE PROJET n°3 : AMELIORER LA QUALITE DES ELEMENTS CONTRIBUANT AUX SOINS

► Éléments de contexte

La prise en charge psychiatrique accorde une grande place aux activités thérapeutiques, lesquelles sont des soins de support. Même si le parcours du patient tend à réduire la durée moyenne d'hospitalisation, l'analyse des questionnaires de sortie démontre que les patients luttent contre l'ennui et se plaignent d'un manque d'activité quotidienne dans les unités. Les budgets thérapeutiques varient peu d'une année sur l'autre et sont attribués par pôles et secteurs d'hospitalisation. Toutefois la tendance est aussi à organiser de l'intersectorialité dans le domaine de la culture et du sport, ainsi qu'à rechercher des financements extérieurs et associatifs.

► Objectif général du projet

L'amélioration de la qualité des soins œuvre à ne pas priver le patient de sa vie dans la Cité et à la réinsertion du patient au long court. Le site extérieur de l'EPSM se prête au développement d'une activité sportive. L'objectif en est fédérateur tant pour les patients que pour les équipes pluridisciplinaires..

► Principales actions envisagées

Promouvoir, proposer et développer des activités en continuité avec le programme de soins dans les domaines du sport, de la culture.

► Evaluation du financement

En cours

► Éléments de calendrier

	2020			2021			2022			2023			2024		
Action 1 - Réévaluer le montant du repas thérapeutique		x													
Action 2 - Développer recherche de partenaires extérieurs pour financer des activités ou des projets (sport, culture...)					x										

FICHE PROJET n°4 : AMELIORER LA QUALITE DE VIE

► Eléments de contexte

Améliorer la qualité de vie, c'est faciliter et sécuriser la communication et l'accès au site de l'EPSM, tant aux patients qu'à leurs familles, proches. Ouvrir de l'information et des services de proximité aux visiteurs, afin de tisser un lien entre l'hôpital et la ville. Exploiter les ressources du parc, améliorer l'orientation, favoriser la promenade, installer des zones de repos, toutes les conditions sont réunies pour sortir le patient de l'isolement provoqué par sa maladie et aider le visiteur à venir à sa rencontre.

► Objectif général du projet

Apporter de nouveaux moyens de communication, tant physiques que techniques afin de faciliter les liens entre les patients et les visiteurs, renforcer l'image de l'hôpital ouvert sur la ville, intégrer les usagers à cette démarche..

► Principales actions envisagées

Améliorer l'accessibilité des accès et circulations sur le site de l'EPSM, offrir des services aux usagers et améliorer le cadre de vie des locaux.

► Evaluation du financement

En cours

► Eléments de calendrier

	2020			2021			2022			2023			2024		
Action 1 - Créer un réseau interne de diffusion d'information à destination des patients et soignants. Site de l'EPSM et unités décentralisées					x										
Action 2 - Améliorer et sécuriser les accès et circulation par les piétons et handicapés sur le site de l'EPSM. Créer des espaces extérieurs dédiés aux visites par les familles (banc, aires de pique nique) dans la cadre de la réflexion sur l'aménagement du site		x													
Action 3 - Egayer l'intérieur des locaux à partir de composition des patients (fresque, composition florale, etc)					x										
Action 4 - Equiper quelques fauteuils roulants d'assistance électrique pour les équipes soignantes de Kerfily afin d'aider les patients et les soignants					x		x								
Action 5 - Mettre en place de nouveaux services aux usagers : ouverture de la cafétéria le dimanche, distributeur de boisson à la clinique 10, une ligne téléphonique dédiée dans chaque unité, une table de massage à l'UPSA		x													

GROUPE N°2 : ENTOURAGE ET RÉHABILITATION

Le groupe est composé de 7 personnes en plus des animateurs (cf annexe) et s'est réuni 3 fois.

- Blanc Violaine, Psychologue, Pôle 3
- Burot Gildas, Praticien Hospitalier, Pôle 3
- Carn Jean-Claude, Représentant des Usagers, Unafam, Copilote
- Chappey Olivier, Infirmier, Pôle 2
- Cholet Maryline, Assistante Sociale, Pôle 2
- Clodore Laurence, Assistante Sociale, Pôle 2
- Guellec Pauline, Assistante Sociale, Pôle Borromée
- Jaffre Ingrid, Infirmière, Pôle 3
- Vanderstock Noël, Directeur Adjoint, DFPC, Copilote

Les principales pistes d'amélioration sont les suivantes :

Accessibilité, lisibilité du dispositif et ouverture sur la cité
Partenariats
Accès à la culture
Accès au sport

FICHE PROJET N°1 : ACCESSIBILITE, LISIBILITE DES DISPOSITIFS ET OUVERTURE SUR LA CITE

► Eléments de contexte

Notre établissement et toutes ses structures doivent être accessibles aux personnes à mobilité réduite, ce que prévoient le plan ADAP signé avec le Préfet et le plan pluriannuel d'investissement en dégageant des crédits en ce sens. Toutefois, nous devons poursuivre nos travaux autour de l'interprétariat pour lequel l'EPSM a reçu un prix national et régional en lien avec les associations existantes : Réseau Louis Guilloux, ISM Interprétariat et l'URAPEDA (Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Déficieux Auditifs).

De plus, la refonte du site internet publiée en juin 2019 doit contribuer à améliorer notre lisibilité et donc notre accessibilité. Ces réflexions doivent prendre forme au sein des contrats locaux de santé et des conseils locaux de santé mentale chaque fois que l'occasion s'en présente sur les territoires.

► Objectif général du projet

Participer à l'amélioration de l'accessibilité de notre établissement et à son ouverture sur la Cité faisant en cela œuvre de déstigmatisation.

► Principales actions envisagées

- Evaluer le site internet au bout d'un an de fonctionnement
- Evaluer la faisabilité et le coût d'un numéro vert d'orientation et d'information
- Améliorer la signalétique tant interne qu'externe
- Permettre la sécurisation de l'établissement tout en préservant son attractivité qui ne doit pas être diminuée par un plan de sécurisation trop important.

► Eléments de calendrier

	2020			2021			2022			2023			2024		
Action 1 - Evaluer le site internet au bout d'un an de fonctionnement			x												
Action 2 - Evaluer la faisabilité et le coût d'un numéro vert d'orientation et d'information aux patients et familles						x									
Action 3 - Améliorer la signalétique tant interne qu'externe dans le cadre de l'organisation de la cession	x														
Action 4 - Permettre la sécurisation de l'établissement tout en préservant son attractivité qui ne doit pas être diminuée par un plan de sécurisation trop important.						x									

FICHE PROJET N°2 : PARTENARIATS

► Eléments de contexte

La psychiatrie a de nombreux partenaires dans la cité permettant l'inclusion des patients en son sein. Toutefois, tous les liens ne sont pas formalisés et nécessitent, probablement, plus d'outils d'information. Il faut envisager tous les champs de l'inclusion: travail, culture, logement, sport, Formation...

► Objectif général du projet

Permettre la tracabilité et le suivi de tous les partenariats en favorisant de nouveaux garantissant ainsi la fluidité des parcours entre les différents champs de compétences (sanitaire, social, médico-social...).

► Principales actions envisagées

- Développer les actions de formation et d'information auprès des partenaires
- Poursuivre les actions menées lors de la SISM en renforçant le lien avec la Cité
- Développer des liens avec les bailleurs sociaux et les associations afin de garantir le «housing First»
- Participer chaque fois que cela est possible à la création de conseils locaux de santé mentale
- Prévoir une communication plus ciblée sur l'accompagnement par le Centre du Couple et de la famille des proches de nos usagers
- Mise en œuvre d'un programme d'information/formation à destination des familles et de l'entourage

► Eléments de calendrier

	2020			2021			2022			2023			2024		
Action 1 - Développer les actions de formation et d'information auprès des partenaires			x												
Action 2 - Poursuivre les actions menées lors de la SISM en renforçant le lien avec la Cité	x														
Action 3 - Développer des liens avec les bailleurs sociaux et les associations afin de garantir le «housing First»		x													
Action 4 - Participer chaque fois que cela est possible à la création de conseils locaux de santé mentale et favoriser la création		x													
Action 5 - Prévoir une communication plus ciblée sur l'accompagnement par le Centre du Couple et de la famille des proches de nos usagers				x											
Action 6 - Mise en œuvre d'un programme d'information/formation à destination des familles et de l'entourage	x			x											

FICHE PROJET N°3 : ACCES A LA CULTURE

► Éléments de contexte

L'accès à la culture comme médiateur de lien social n'est plus à démontrer en psychiatrie et a donné lieu sur l'EPSM à de nombreux développements en lien ou non avec l'association Silène.

Des partenariats de longues dates ont été tissés avec quelques initiatives polaires qu'ils conviendraient peut-être de coordonner et de mettre plus en lumière. La culture permet également des temps soignants / soignés autres que ceux passés dans les unités de soins.

► Objectif général du projet

Développer la politique culturelle, vecteur de lien et d'intégration dans la Cité.

► Principales actions envisagées

- Mise en place d'une commission d'actions culturelles visant à coordonner et mettre en avant les actions menées
- Recherche de partenaires financiers (fonds spécifiques, DRAC...)
- Recherche de partenaires autres que ceux sur Quimper.

► Éléments de calendrier

	2020				2021				2022				2023				2024			
Action 1 - Mise en place d'une commission d'actions culturelles visant à coordonner et mettre en avant les actions menées						x														
Action 2 - Recherche de partenaires financiers (fonds spécifiques, DRAC...)										x										
Action 3 - Recherche de partenaires autres que ceux sur Quimper				x						x										

FICHE PROJET N°4 : ACCES AU SPORT

► Eléments de contexte

Nos patients se plaignent d'une certaine forme d'ennui et, par la même, négligent leur corps. La mise à disposition d'activités sportives au sein de l'établissement mais également avec les associations sportives de territoire comme cela peut-être fait dans le cadre de certaines activités thérapeutique mais plus à type «prendre soin de soi » pouvant permettre là aussi une meilleure inclusion de nos usagers dans la cité. Ce projet est à développer en lien avec le projet « sport » dans le cadre du projet de soins.

► Objectif général du projet

Le sport, comme la culture, contribue au bien être et à l'épanouissement dont parfois nos usagers peuvent être privés. Il convient donc de participer à cette découverte et à structurer ce médiateur.

► Principales actions envisagées

- Mise en place d'un parcours sportif en lien avec le projet de soins
- Recherche de financements pour l'ouverture d'une salle de sport
- Recherche de partenariats avec les associations sportives du territoire, les éducateurs sportifs des villes et les MPT sur Quimper

► Eléments de calendrier

	2020				2021				2022				2023				2024			
Action 1 - Mise en place d'un parcours sportif en lien avec le projet de soins					x															
Action 2 - Recherche de financements pour l'ouverture d'une salle de sport									x											
Action 3 - Recherche de partenariats avec les associations sportives du territoire, les éducateurs sportifs des villes et les MPT sur Quimper									x											

GROUPE N°3 : DROITS DES PATIENTS

Le groupe est composé de 3 personnes en plus des animateurs et s'est réuni 3 fois.

- Denoual-Bolzer Chrystèle, Directrice Adjointe, DACQ, Copilote
- Lahouari Jamel, Cadre de Santé
- Laonet Sophie, Cadre Supérieur de Santé
- Pyatzook Daniel, Représentant des Usagers, France Alzheimer, Copilote

Les principales pistes du groupe sont les suivantes :

Contenu d'une trame de charte de fonctionnement pour les unités de soins
Formation intra sur les droits des patients à rendre obligatoire, rythme à définir, prioriser les professionnels en HC (pack « formations » : bientraitance, droits des patients, parcours patients, réactualisation des connaissances)
Colloque dédié sur un thème favorisant le droit des patients à organiser (6 mars 2020)
Question de l'implication des usagers, patients dans la vie institutionnelle
Organisation de la réponse aux patients souhaitant changer de praticien et/ ou d'unité de soins

FICHE PROJET N°1 : CHARTE DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SOINS GARANTE DE L'APPLICATION DES DROITS DU PATIENT

► Éléments de contexte

L'EPSM dispose d'un règlement intérieur conformément au code de Santé Publique. Ce règlement est opposable aux usagers et aux professionnels. Toutefois, les services de soins disposent de «règlements internes», peu révisés et parfois affichant des mesures inadaptées au règlement de l'établissement.

► Objectif général du projet

Il est donc nécessaire de proposer au niveau institutionnel un outil commun à destination des services de soins, cet outil venant préciser le règlement intérieur de l'EPSM.

► Principales actions envisagées

Proposer une trame commune de «charte de fonctionnement» et faire valider les documents par le Directeur après avis des instances (CDU, Copil Droits des Patients).

► Éléments de calendrier

	2020	2021	2022	2023	2024
Action 1 - Recensement des règlements existants	x				
Action 2 - Proposition d'une trame de «charte de fonctionnement»	x				
Action 3 - Communication sur les documents réactualisés - Validation du Directeur et Présentation à la CDU		x			

FICHE PROJET N°2 : FORMATION / INFORMATION FAVORISANT L'APPLI-CATION DES DROITS DES PATIENTS

► Eléments de contexte

L'EPSM mène une politique d'établissement en termes de droits des patients au travers de son projet des Usagers.

Le thème des Droits des patients, et plus particulièrement de la liberté de circuler, a fait l'objet d'un des axes des projets médical et de soins de l'établissement pour la période 2017/2020. Cette priorité, outre les obligations actuelles, témoigne d'une nécessité ressentie dans l'établissement d'examiner la question de la liberté de circulation des patients et de ses limitations.

En effet, la liberté d'aller et venir est une des libertés fondamentales de l'être humain et peut donner lieu à des restrictions particulières dans le champ de la psychiatrie.

Par ailleurs, le constat peut être fait d'une double contrainte s'appliquant à toutes les équipes pluriprofessionnelles des établissements spécialisés en psychiatrie :

- d'une part l'obligation du respect de la sécurité des patients, tant physique que psychique et de se conformer à toutes les mesures affirmant ses droits et permettant de recueillir son consentement,
- d'autre part l'obligation de participer à l'ordre et à la sécurité publique en accueillant les patients pouvant les troubler.

Aussi, la liberté de circulation est un outil thérapeutique en psychiatrie, définissant des parcours de patients dans l'ensemble du maillage sectoriel, impliquant également les structures médico-sociales et l'espace social. La thématique de la liberté de circuler pourra s'ouvrir à d'autres champs des Droits des patients dans le cadre de l'organisation des conférences à venir.

► Objectif général du projet

- Former/informer tous les professionnels de l'établissement aux droits des Usagers: Chaque professionnel acquiert un savoir essentiel sur cette thématique
- Réactualiser les connaissances.

► Principales actions envisagées

- Recenser le taux de professionnels formés aux droits des patients notamment où il y a application de restrictions de libertés.
- Mener une journée de l'utilisateur en lien avec la CDU.

► Eléments de calendrier

	2020	2021	2022	2023	2024
Action 1 - Via Gestform, recenser les taux de professionnels formés sur une des thématiques relatives aux droits des patients et rprioriser les actions de formation	x				
Action 2 - Journée droits des Usagers à destination des professionnels	x				

FICHE PROJET N°3 : ORGANISATION REGULIERE (TOUS LES 3 ANS) DE COLLOQUES DEDIES AUX DROITS DES PATIENTS

► Eléments de contexte

Le thème des Droits des patients, et plus particulièrement de la liberté de circuler, a fait l'objet d'un des axes des projets médical et de soins de l'établissement pour la période 2017/2020. Cette priorité, outre les obligations actuelles, témoigne d'une nécessité ressentie dans l'établissement d'examiner la question de la liberté de circulation des patients et de ses limitations.

En effet, la liberté d'aller et venir est une des libertés fondamentales de l'être humain et peut donner lieu à des restrictions particulières dans le champ de la psychiatrie.

Par ailleurs, le constat peut être fait d'une double contrainte s'appliquant à toutes les équipes pluriprofessionnelles des établissements spécialisés en psychiatrie :

- d'une part l'obligation du respect de la sécurité des patients, tant physique que psychique et de se conformer à toutes les mesures affirmant ses droits et permettant de recueillir son consentement,
- d'autre part l'obligation de participer à l'ordre et à la sécurité publique en accueillant les patients pouvant les troubler.

Aussi, la liberté de circulation est un outil thérapeutique en psychiatrie, définissant des parcours de patients dans l'ensemble du maillage sectoriel, impliquant également les structures médico-sociales et l'espace social. La thématique de la liberté de circuler pourra s'ouvrir à d'autres champs des Droits des patients dans le cadre de l'organisation des conférences à venir.

► Objectif général du projet

Favoriser et engager une réflexion institutionnelle et plurielle sur les droits des patients en psychiatrie

► Principales actions envisagées

- Organisation de colloques à destination des professionnels mettant en lumière les regards croisés et complexes sur la promotion du respect des droits des patients en psychiatrie

► Eléments de calendrier

	2020	2021	2022	2023	2024
Action 1 - Organisation de colloques tous les 3 ans en lien avec le Copil Droits des patients	Organisation du colloque « Liberté d'aller et venir : Quelles restrictions ? Quelles ouvertures ? » le 6 mars 2020			x	Thème à définir

FICHE PROJET N°4 : QUESTIONNER L'IMPLICATION DES PATIENTS DANS LA VIE INSTITUTIONNELLE

► Éléments de contexte

L'EPSM, comme tout établissement de santé, dispose de représentants des usagers. Toutefois, ces représentants ne sont pas des patients ou anciens patients de psychiatrie ayant vécu le parcours de soins ainsi que leur famille et leurs proches.

La gouvernance nous incite à une participation plus forte des patients mais au-delà de cette volonté démocratique respectable, comment s'y prend-on avec des patients porteurs de troubles psychiatriques dont on tente une destigmatisation ?

► Objectif général du projet

Impliquer davantage les patients dans la vie institutionnelle afin de bénéficier de leur expérience, mieux comprendre leur réalité et leurs besoins.

► Principales actions envisagées

Création d'un groupe de réflexion avec appui d'autres établissements et autres ressources (philosophe, universitaires, élus...).

► Éléments de calendrier

	2020	2021	2022	2023	2024
Action 1 - Proposer la démarche aux instances	x				
Action 2 - Composer le groupe de réflexion	x				
Action 3 - Réunir et proposer une organisation « patients citoyens »		x			

FICHE PROJET N°4 : ORGANISATION DE LA REPONSE AUX PATIENTS SOUHAITANT CHANGER DE PRATICIEN ET/ OU D'UNITE DE SOINS

► Eléments de contexte

80 % de la file active de l'EPSM est pris en charge en activité ambulatoire. Il est parfois question, lors de l'accueil des patient,s que l'on doit répondre à une demande de changement de praticien et/ou de lieu de soins. Il est alors essentiel que chaque professionnel soit au clair avec l'information à délivrer au patient et qu'une organisation soit posée pour répondre au patient.

La sectorisation impose un secteur et un service de référence or la charte des droits des patients affiche le libre choix du praticien. Certains patients demandent un changement de praticien.

► Objectif général du projet

Organisation institutionnelle à définir quant à la demande du patient et la réponse apportée.

► Principales actions envisagées

- Création d'un groupe de travail impliquant la CME afin de définir le recueil, le traitement et la réponse au patient.
- Création d'indicateurs de suivi / tableaux

► Eléments de calendrier

	2020				2021				2022				2023				2024			
Action 1 - Création d'un groupe de travail impliquant la CME afin de définir le recueil, le traitement et la réponse au patient						x														
Action 2 - Création d'indicateurs de suivi / tableaux									x											

05

PROJET QUALITÉ GESTION DES RISQUES

2024-2027

CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le projet qualité gestion des risques de l'EPSM est défini en conformité

1. avec les textes réglementaires suivants :

- ▶ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire.
- ▶ Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la CME dans les établissements de santé public de santé
- ▶ Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- ▶ Circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- ▶ Instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- ▶ Décret n°2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les EIGAS
- ▶ Décret n°2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement

2. au référentiel HAS « certification des établissements de santé pour la qualité des soins »

COMPOSANT DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2023-2027

Le nouveau projet qualité, gestion des risques est une composante des volets du projet d'établissement qui a comme base le projet médico-soignant validé en juin 2022 prenant en compte la mise en œuvre de 7 orientations générales :



- ▶ Développer des soins spécifiques pour les 16-20 ans (ou 16-25 ans), tant sur l'ambulatoire que sur l'hospitalisation
- ▶ Repenser les soins au long cours, de la vie à l'hôpital à la vie avec un accompagnement extérieur en institution.
- ▶ Placer les droits du patient et le soutien aux familles au cœur du dispositif, en particulier dans le parcours d'hospitalisation
- ▶ 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 »
- ▶ Favoriser le développement des pratiques du rétablissement et de prévention
- ▶ 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)
- ▶ 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

PRÉAMBULE

Mots du Directeur

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est un enjeu permanent de l'EPSM. Fort de son équipe dédiée à cette démarche et de la maturité des différentes structures internes et des professionnels qui les composent à se saisir, au plus près du terrain, des opportunités de progrès, l'établissement vise l'atteinte d'une culture qualité davantage intégrée.

Celle-ci doit infuser toutes nos organisations et conduire le collectif hospitalier à diriger toute son action vers le patient. C'est tout l'enjeu du projet de gouvernance et de management participatif, volet complémentaire du projet d'établissement.

Mot du Président de la CME

Le projet qualité de l'EPSM est indissociable de notre projet médico-soignant. Par sa vision stratégique, ce projet vient préciser les lignes directrices qui guident nos actions dans la mise en œuvre de notre projet médico-soignant. S'il s'appuie sur le travail déjà réalisé par l'établissement depuis de nombreuses années, ce projet témoigne de la volonté de poursuivre un effort permanent d'amélioration des soins proposés à la population en s'appuyant sur la structuration polaire de notre EPSM. La responsabilité géo-populationnelle, concept présent dès la mise en place de la politique sectorielle en psychiatrie, reste au cœur de notre démarche qualité pour les années à venir.

Mot de la Directrice qualité Gestion des risques

Le projet qualité de l'EPSM revisité est l'occasion de reconnaître une maturité organisationnelle de la démarche qualité et de gestion des risques. Cette démarche peut désormais être engagée avec une participation plus fonctionnelle par pôle d'activité. Si le dispositif institutionnel est à maintenir un management « qualité » polaire est attendu des acteurs.

La dimension territoriale pourrait trouver plus de sens à l'issue des crises traversées et envisagées afin de prévenir les risques ou les gérer communément.

OBJECTIFS DU PROJET 2023-2027

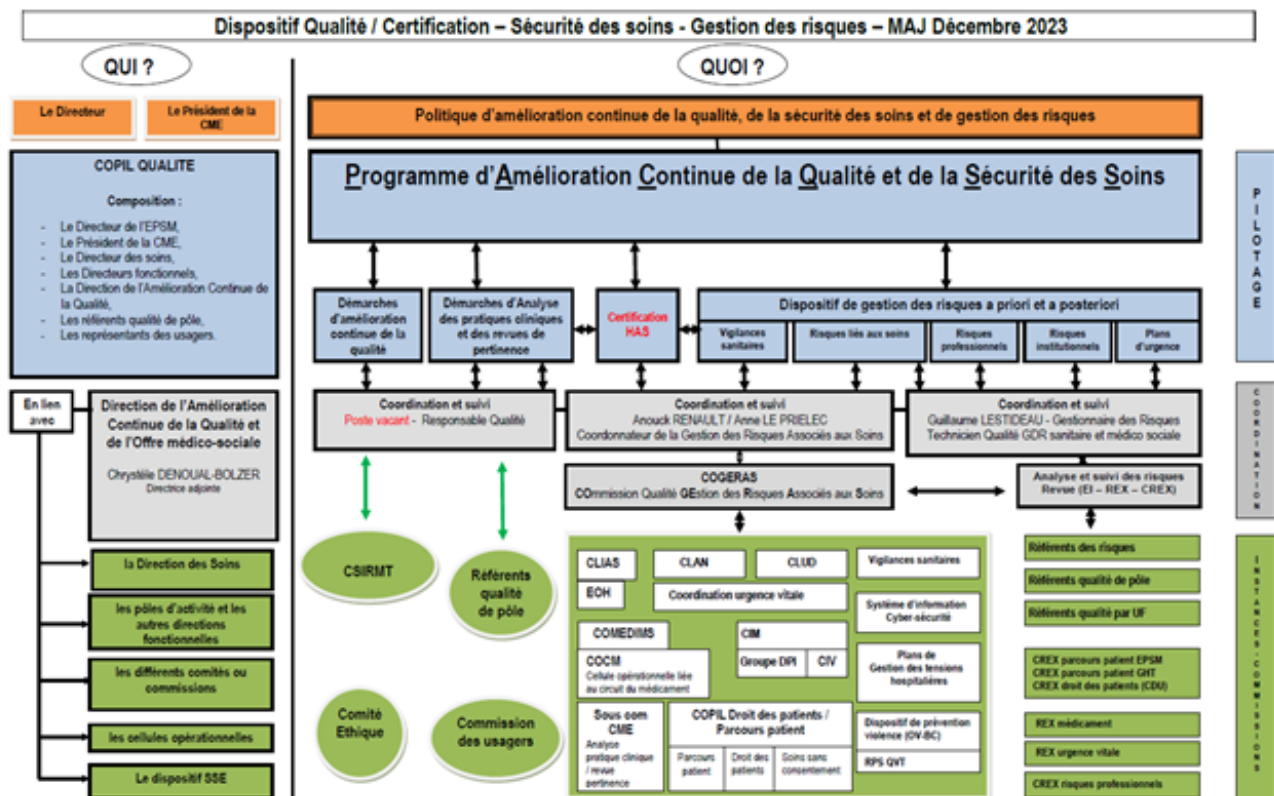
Le nouveau projet qualité, gestion des risques a pour objectifs de définir les orientations stratégiques en matière de qualité et de sécurité des soins. Cela permettra :

- de consolider la structuration qualité mise en place,
- d'autonomiser les pôles dans la démarche qualité gestion des risques,
- de renforcer l'implication des usagers,
- de développer l'expérience patient,
- de développer la culture de la pertinence et du résultat

Afin d'élaborer le nouveau projet qualité, gestion des risques, l'EPSM s'est appuyé sur la dynamique de chaque pôle afin de mettre en place un système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques évolutif, flexible et réactif, donnant une part importante aux pôles d'activité et aux usagers.

Le dispositif Qualité / Gestion des risques en place à l'EPSM :

Ce dispositif s'appuie en particulier sur la coordination entre la CME, la Direction, la direction Qualité, la Direction de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les chefferies de pôles et l'expertise des professionnels et des usagers.



LES OUTILS DE PILOTAGE

Le Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS)

Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins



PAQSS 2024-2027

Ce document reprend les actions en cours et est régulièrement mis à jour.

Le PAQSS intègre les dimensions qualité et sécurité des soins mais également la gestion globalisée des risques.

Il est l'outil de référence du pilotage institutionnel de la qualité-gestion des risques

Les engagements de la gouvernance de l'EPSM au travers de chartes

EPSM - Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud
15 Hent Glaz - CS 14023 - 29107 QUIMPER cedex
02 98 98 60 00 | www.epsm-quimper.fr

Charte Qualité

Relevé par : Direction de l'Amélioration Continue de la Qualité	Vérifié par : DAPS, QUALITE	Approuvé par : - Le Directeur - Le Président de la CME - Le Directeur des Soins - Le Directeur Adjoint en charge de la Qualité et de la Gestion des Risques
Date : 1er juin 2017	Date : 1er juin 2017	Date : 15 octobre 2017

Objet : Évaluation, 10/2020 L. report 1

L'EPSM s'est engagé de longue date dans la mise en place d'une démarche qualité et gestion des risques notamment dans le cadre des différentes démarches de certification par l'ANABAS (2003) dans un premier temps puis par la Haute Autorité de Santé (2007, 2011, et 2015).

Cet engagement s'est traduit par l'élaboration d'une première charte « qualité » signée en mai 2011.

Le Directeur de l'EPSM et la Présidente de la CME souhaitent que cet engagement soit réaffirmé à l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement 2017-2020.

1- Les principes

L'EPSM Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud inscrit comme une de ses priorités la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour cela, il met en place des commissions et des organisations internes, articulées entre elles, pour évaluer et améliorer en continu la qualité de ses prestations et la prévention des risques liés à ses pratiques.

La Commission Médicale d'Établissement (CME), en lien avec la direction, contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au président du Directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des Usagers (CDU).

Les sous-commissions de la CME participent par leur avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins :

- elles regroupent toutes les instances relatives à la sécurité des soins : CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS, etc...
- elles sont associées à l'organisation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) que la CME est chargée de programmer.

Un coordinateur de la gestion des risques associé aux soins ainsi qu'un responsable de la qualité du management de la prise en charge médico-sociale sont désignés afin de répondre aux obligations réglementaires dans ces domaines.

L'appropriation des méthodes et des outils d'analyse et d'évaluation par l'ensemble des professionnels est un facteur clé du déploiement d'une culture qualité et sécurité des soins. Les personnels de l'établissement ont donc accès à l'ensemble de la documentation applicable dans l'établissement (procédures, protocoles, réglementation), sont régulièrement formés dans leur domaine de compétence et dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques en particulier et sont tenus informés des résultats des différentes démarches d'évaluation mises en œuvre et des plans d'actions d'amélioration définies.

2- Les objectifs stratégiques

Afin d'ancrer la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans les organisations et les pratiques des différents services de l'établissement, l'EPSM a formalisé un volet qualité dans son projet d'établissement 2017-2020.

Cinq axes stratégiques, définies en objectifs opérationnels, ont été retenus :

1. La gouvernance institutionnelle de la démarche qualité
2. L'organisation (ou l'opérationnalité) de la démarche qualité
3. La diffusion de la démarche qualité au sein de l'EPSM
4. La qualité au service des usagers et de leurs droits
5. La sécurité des soins et la performance des parcours patient

Ces objectifs s'inscrivent pleinement dans les orientations définies à l'échelle du territoire dans le projet médical et le projet de soins partagés de l'Union Hospitalière de Cornouaille.

Cette charte a été validée par les instances de l'établissement et marque l'engagement de la Direction et des professionnels de l'EPSM dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

M. le Directeur
Yann DUBOIS

M. le Président de la CME
Dr Nicolas CHEVER

Mme la Directrice Adjointe en charge de la Qualité et de la Gestion des Risques
Chrysele DENOUAL-BOLLEER

M. le Directeur des Soins
Roland LE GOFF

EPSM - Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud
15 Hent Glaz - CS 14023 - 29107 QUIMPER cedex
02 98 98 60 00 | www.epsm-quimper.fr

Charte de déclaration des événements indésirables
« Passer de la culture de la faute à la culture de l'apprentissage par l'erreur : on ne cherche pas un coupable »

Relevé par : Direction des Risques	Vérifié par : Le coordinateur de la gestion des risques associé aux soins	Approuvé par : - Le Directeur - Le Président de la CME - Le Directeur des Soins - Le Directeur Adjoint en charge de la Qualité et de la Gestion des Risques
Date : 01 juin 2017	Date : 01 juin 2017	Date : 15 octobre 2017

Objet : Évaluation, 10/2020 L. version 1

L'EPSM du Finistère Sud inscrit comme une de ses priorités la mise en œuvre d'une politique et d'une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à son activité.

Pour cela, l'EPSM met en place une politique de signalement des événements indésirables dans l'objectif d'améliorer la sécurité des patients, des personnels et des tiers en réduisant le risque de voir se produire et/ou reproduire des événements préjudiciables.

Les personnels de l'établissement ont accès à l'ensemble de la documentation applicable (procédures, fiche de signalement des événements indésirables, mode d'emploi, circuit de signalement organisé, réglementation) et sont sensibilisés à la gestion des risques.

Le recueil et l'analyse des signalements d'événements indésirables permettent :

- d'améliorer autant que possible nos organisations et nos modes de fonctionnement lorsqu'ils s'avèrent défaillants ;
- d'améliorer notre système d'identification des risques et de mieux porter nos actions préventives, curatives, et correctives en les priorisant, et ce, dans le cadre de la mise en place progressive d'une gestion globale des risques ;
- de diminuer la fréquence des dysfonctionnements, des accidents ou incidents, des réclamations et des contentieux.

Les principes de base et de fonctionnement du signalement des événements indésirables :

- Le signalement repose sur l'initiative individuelle ou concertée de tout professionnel travaillant dans l'établissement, de jour comme de nuit, en intra comme en extra-hospitalier, quel que soit sa catégorie professionnelle ou son grade, victime ou témoin d'un dysfonctionnement portant atteinte à la sécurité des usagers ou des professionnels de l'établissement.
- Le signalement repose sur des faits et seulement des faits. Il s'agit de la mise en cause de personnes en tant qu'auteur des faits, l'interprétation des faits ou leur traduction médico-légale en termes de responsabilité.
- Le signalement doit se faire dans les meilleurs délais après la survenue ou la constatation d'un événement indésirable en vue de mettre un terme ou atténuer la situation à risque.
- Chaque personne intervenant dans le circuit de signalement ou contribuant à la résolution d'un événement indésirable, s'engage formellement à respecter une obligation de confidentialité sur toutes les informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche.
- Gérer les risques ne signifie pas « éliminer tous les risques » mais consiste à définir la meilleure stratégie pour les prévenir ou pour faire face à leur conséquence.

Les engagements de l'EPSM :

- L'EPSM veille à la diffusion auprès de tous les professionnels de la procédure de signalement des événements indésirables.
- L'EPSM s'engage à ne pas communiquer à des personnes extérieures à l'établissement, le nom des déclarants et des patients concernés sauf dans le cadre d'une procédure légale.
- L'EPSM s'engage à ne qu'aucune fiche de signalement ne soit insérée dans un dossier nominatif (patient ou professionnel).
- L'EPSM garantit un retour d'information aux déclarants.

M. le Directeur
Yann DUBOIS

M. le Président de la CME
Dr Nicolas CHEVER

Mme la Directrice Adjointe en charge de la Qualité et de la Gestion des Risques
Chrysele DENOUAL-BOLLEER

M. le Directeur des Soins
Roland LE GOFF

La gestion documentaire à l'EPSM



L'EPSM s'appuie sur une gestion documentaire actualisée en 2021 par la direction qualité avec l'appui d'un groupe d'utilisateurs prenant en compte tous les métiers.



Rappel des axes opérationnelles 2017-2022

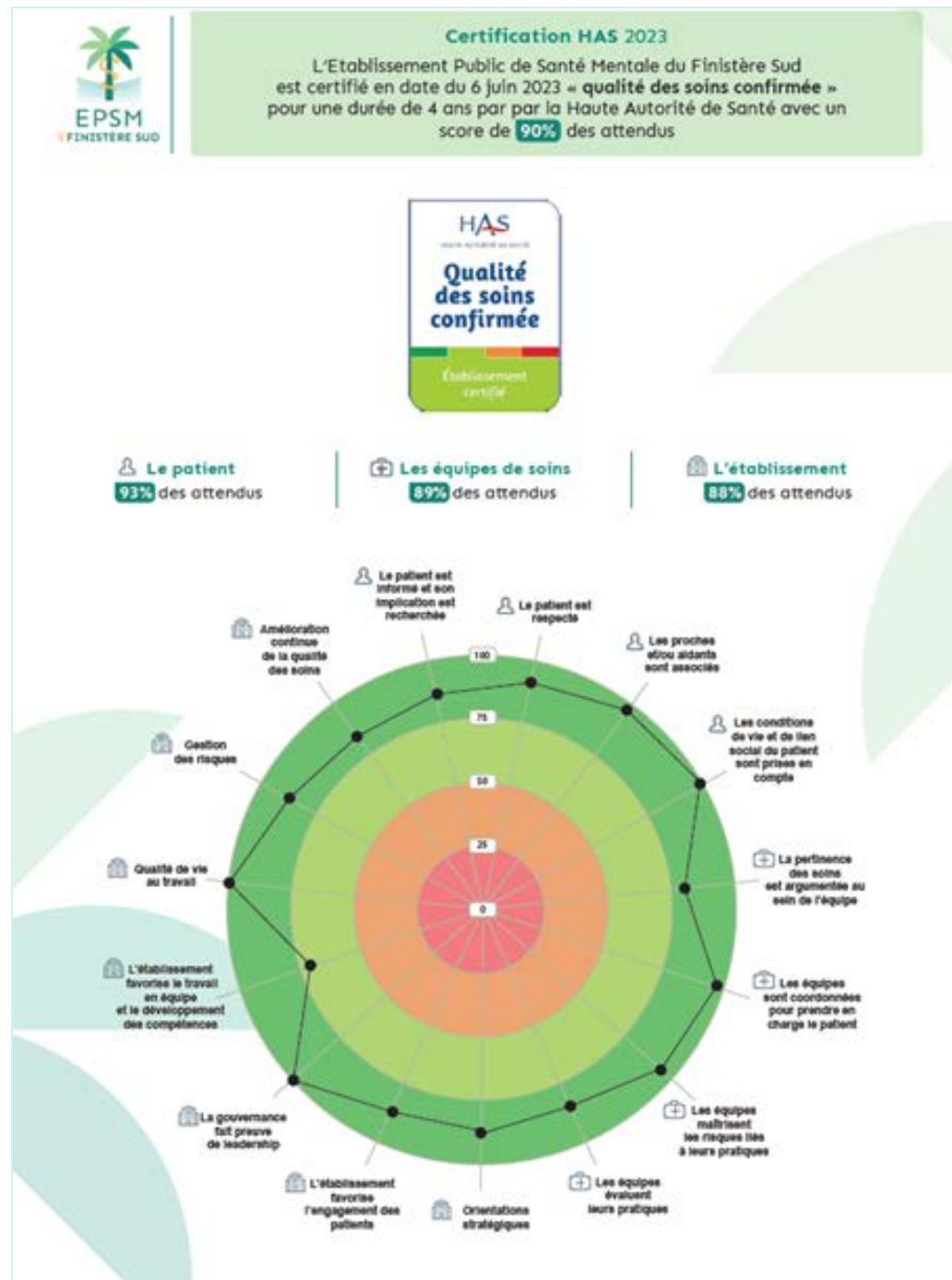
- Redéfinir le pilotage de la démarche Qualité GDR : Copil Qualité 
- Mettre en place un espace de coordination des différentes sous commission de la CME : COGERAS 
- Redéfinir la stratégie et le développement de l'EPP 
- Redéfinir les missions des référents qualité 
- Mettre en place un plan de formation Qualité GDR pour les référents qualité polaire (CAPPS) 
- Informer et communiquer sur les orientations en matière de culture qualité et sécurité des soins 



Rappel des axes opérationnelles 2017-2022

- Mettre en place une nouvelle gestion documentaire 
- Améliorer et promouvoir l'évaluation de la satisfaction des usagers (Recommandation certifié HAS 2016) 
- Elaborer une politique droit des patients (Recommandation certifié HAS 2016) 
- Améliorer la démarche qualité au service des droits des usagers : registre et rapport annuel réglementaire sur l'isolement et la contention, le déploiement des chambres individuelles et la liberté d'aller et venir 
- Formaliser les parcours de soins 
- Améliorer la gestion des événements indésirables 

Ce bilan est assorti du résultat de la certification de la HAS suite à la visite de certification en février 2023



A l'issue de la visite de certification, **les actions prioritaires** inscrites dans le PAQSS sont :

- **la sécurisation du circuit du médicament** notamment des locaux à pharmacie et l'élaboration d'une liste de médicaments à risque adaptée à l'activité par unité de soins
- la maîtrise du dispositif d'évaluation de la **douleur en HJ et en CMP**
- l'organisation des soins permettant la **liberté d'aller et venir des patients en HL**
- la mise en place d'outils **d'évaluation du risque suicidaire** pour accompagner les professionnels
- le déploiement des **revues de pertinence et des analyses de pratiques cliniques**
- la maîtrise de **l'urgence vitale en HJ et en CMP** (formation et mise à disposition de matériel)
- favoriser le **leadership des cadres de proximité**.

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES QUALITÉ, GESTION DES RISQUES 2024-2027

Au niveau de l'EPSM

Axe n°1 : Structurer le dispositif qualité polaire – coordination avec le dispositif qualité institutionnel en lien avec l'élaboration à venir des contrats de pôle avec une annexe qualité

Idée générale : le dispositif qualité gestion des risques est posé et fonctionnel. Il s'agit maintenant de décentraliser la démarche qualité de pôle.

Objectifs

- ▶ Autonomiser les pôles en qualité gestion des risques (dialogue de gestion qualité polaire, contrat de pôle et objectifs, indicateurs de suivi)
- ▶ Tendre vers une gouvernance de la qualité et de la gestion des risques plus efficiente
- ▶ S'approprier la culture qualité par l'ensemble des professionnels
- ▶ Mettre à jour la charte qualité de l'établissement

Modalités de mise en œuvre

- ▶ Cibler les besoins des pôles en fonction de leur maturité et volonté dans la démarche qualité
- ▶ Accompagner les pôles dans la structuration de leur démarche qualité, le suivi des indicateurs polaires et le dialogue de gestion qualité polaire

Tous les pôles	Création d'une cellule/espace qualité polaire avec pour objectif de poursuivre la démarche qualité continue au sein du pôle en déclinant plus finement encore les processus de soin (ex: droit des patients...). Il s'agira également de soutenir la démarche réflexive autour des thématiques favorisant des temps d'échanges. Les cellules bénéficieront d'un appui méthodologique de la DACQ et un soutien en termes de formation Des référents qualité par UF seront identifiés par UF.
----------------	--

Pôle 1	Création d'un PAQSS par UF en s'appuyant des plans d'action des REX, des IQSS et des audits avec un appui méthodologique de la DACQ. Cette démarche sera, par la suite, proposée aux autres pôles.
--------	---

Pôle 2	Création d'un espace dédié à la qualité : « la qualité, parlons-en ! » avec un appui méthodologique de la DACQ.
--------	--

Pôle 3	Mettre en œuvre des ateliers qualité polaire à destination des professionnels.
--------	---

Pôle PSA	Poursuivre la mise en œuvre d'un espace intitulé “management qualité et gestion des risques”. Identification des référents qualités par UF. Poursuivre la mise en œuvre d'un atelier qualité polaire sur des diverses thématiques. Cette démarche sera par la suite proposée aux autres pôles.
Pôle Borromée	Mise en place d'une charte qualité spécifique au pôle mêlant sanitaire et médico-sociale. Mettre en œuvre des ateliers qualité polaire. Création d'un PAQSS par UF en s'appuyant des plans d'action des REX, des IQSS et des audits avec un appui méthodologique de la DACQ. Poursuivre la mise en œuvre des réunions soignant/soigné autour de la thématique droit du patient, du résident...
Pôle PEA	Création d'un Comité qualité polaire avec une représentativité de tous les métiers avec deux missions : 1. Analyser les événements indésirables avec la mise en place d'un CREX. 2. Mettre en place une démarche réflexive autour de la démarche qualité en favorisant les temps d'échanges sur les pratiques professionnelles, des questionnements éthiques et de réflexion sur le droit des patients...).

Indicateurs de suivi

- ▶ Nombre de rencontres qualité polaire
- ▶ Contrat Qualité de pôle

Axe n°2 : Structurer le dispositif d'évaluation clinique et thérapeutique tant sur le plan médical et paramédical : revue de pertinence, RMM, EPP et analyse des pratiques

Idée générale : Inclure dans le dispositif qualité gestion des risques, un espace de coordination permettant d'objectiver, de prioriser les démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Objectifs :

- ▶ Promouvoir la culture de la pertinence des soins et du résultat afin de décider le bon acte, au bon patient, au bon endroit, au bon moment. La pertinence vise les interventions, les prescriptions, les modes de prise en charge, les parcours ;
- ▶ Poursuivre les démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques ;
- ▶ Maintien et actualisation des connaissances et des compétences des professionnels afin d'améliorer les pratiques

Modalités de mise en œuvre

- ▶ Mise en place d'une sous-commission de la CME et de la CSIRMT permettant d'identifier en fonction des attentes et des besoins des pôles définies au sein de leur comité qualité polaire en termes de revues de pertinence, d'EPP et d'analyses de pratiques
- ▶ Planifier la réalisation des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques (Revue de pertinence, RMM, EPP et analyse des pratiques)
- ▶ Définir une stratégie de communication des résultats des démarches mises en œuvre
- ▶ Systématiser le suivi et l'évaluation des plans d'action
- ▶ Former des professionnels aux outils et méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles inscrites de manière pérenne dans les plans de formation pluriannuels : revue de pertinence, RMM, EPP et analyse des pratiques.

Indicateurs de suivi

- ▶ Nombre de réunions de la sous-commission de la CME - CSIRMT
- ▶ Nombres de démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques au niveau institutionnel et au niveau des pôles
- ▶ Nombres de revues de pertinence en vigueur au niveau institutionnel et au niveau des pôles
- ▶ Nombre de professionnels formés aux démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Axe n°3 : Evaluer pour améliorer les pratiques à l'aide des outils managériaux : patient et parcours traceur, traceur ciblé, IQSS, audit en lien avec le dispositif Qualité déjà en place : COPIL Qualité, COGERAS

Idée générale : L'EPSM continue d'assurer l'évaluation globale de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient par la méthode des traceurs, du recueil des indicateurs qualité sécurité des soins et différents méthodes d'évaluation (audits de pratique.....) et la mesure de la culture de la sécurité des soins en impliquant les pôles, les référents qualité.

Objectifs

- Fournir à l'encadrement des outils et des méthodes de pilotage et de gestion de la qualité et de la sécurité des soins
- Maîtriser par les professionnels les attendus du référentiel et des recommandations de bonne pratique de la HAS
- Programmer de façon annuelle un calendrier d'audit par thématique (priorisation par la COGERAS)
- Laisser la possibilité au pôle d'être acteur, autonome dans la mise en œuvre d'audit de pratique
- Améliorer la tenue du dossier patient informatisé et optimiser le temps de saisie
- Répondre aux exigences de transparence des usagers

Modalités de mise en œuvre

Traceur	IQSS	Audit de pratique
 Patient traceur Evaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient Une rencontre avec le patient et l'équipe de soins Parcours traceur Evaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité sécurité au cours d'un parcours Une évaluation de la coordination des services Traceur ciblé Evaluer sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs Des entretiens avec les professionnels, observations des pratiques et consultation de documents	Autonomie des pôles dans le recueil des IQSS Vérification du recueil par la Direction sur un panel de dossier	La COGERAS définit un calendrier annuel d'audit de pratique par thématique et organise sa mise en œuvre (auditeur, audité) L'idée serait qu'une fois sur deux l'audit soit réalisé par les référents qualité, les professionnels de terrain puis l'autre année par le pilote de la thématique.

Indicateurs de suivi

- Nombre de traceur / EPSM / Pôle
- Résultat annuel IQSS / EPSM / Pôle
- Résultat annuel audit de pratique / EPSM / Pôle
- Résultat annuel IFAQ

Axe n° 4 : Evaluer la gestion des risques numériques dans les pratiques de soins de concert avec les acteurs du GHT

Idée générale : maîtriser au plus juste le risque numérique en formalisant un volet numérique dans le plan de gestion de crise de l'EPSM

Objectifs

- ▶ S'appuyer sur un système d'information sécurisé
- ▶ Prévoir un plan de continuité et de reprise de l'activité (PCRA)
- ▶ Sensibiliser l'ensemble des professionnels pour accroître l'implication des acteurs et la vigilance collective

Modalités de mise en œuvre

- ▶ Formaliser un volet numérique opérationnelle dans le plan de gestion de crise de l'EPSM avec le RSSI de territoire
- ▶ Déployer un plan de continuité et de reprise de l'activité
- ▶ Sensibiliser et former régulièrement les professionnels aux risques numériques et aux moyens de les prévenir
- ▶ Déployer un plan de formation pluriannuel à la sécurité informatique et à la mise en œuvre du mode dégradé
- ▶ Connaître des conduites à tenir en cas de cyber attaque
- ▶ Mise en œuvre d'un audit de sécurité numérique
- ▶ Mise en place d'exercice de cyber crise

Indicateurs de suivi

- ▶ Un plan de continuité et de reprise de l'activité du système d'information /UF
- ▶ 1 exercice de simulation / an

Axe n° 5 : Promouvoir et soutenir des initiatives de partenariat avec les usagers: expérience patient

Idée générale : renforcer l'implication des usagers et développer l'expérience patient

Objectifs

- ▶ Renforcer l'implication des représentants des usagers dans la démarche qualité
- ▶ Construire une société plus inclusive, de laisser une place dans les espaces de débats aux personnes ayant des besoins spécifiques
- ▶ Soutenir et encourager l'engagement des usagers
- ▶ Favoriser la « pair-aidance »
- ▶ Mobiliser les actions d'expertise des patients
- ▶ L'écoute et la prise en compte dans les différents aspects de la vie quotidienne des patients sont encouragées par la gouvernance

Modalités de mise en œuvre

L'établissement promeut et soutient les initiatives de partenariat avec des patients ou leurs représentants associatifs qui mettent leur expertise au service de différents projets dans les domaines :

- ▶ de l'information et de la formation des professionnels et/ou des patients
- ▶ de la construction ou la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique
- ▶ du soutien individuel ou collectif des patients en difficulté (pair-aidance)
- ▶ des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins inscrites dans le PAQSS

Indicateurs de suivi

- ▶ Nombre d'action conduite / an
- ▶ Nombre de formation impliquant les usagers
- ▶ Nombre d'atelier thérapeutique « la gavotte des médoc » / Pôle

Axe n°6 : Favoriser la culture qualité : atelier qualité polaire, semaine sécurité des patients, supports pédagogiques, animations diverses...

Idée générale : La direction de l'amélioration continue de la qualité intègre la communication comme un élément clé de la diffusion de la culture qualité et de la sécurité des soins en y associant les professionnels, les patients, les aidants, les familles.

Objectifs

- ▶ Diffusion de la culture qualité par le biais de support de communication interne (plus moderne) et externe (Ministère de la santé, HAS, CAPPs etc..)
- ▶ Organisation de journée qualité
- ▶ Organisation de la semaine de la sécurité des patients

Modalités de mise en œuvre

- ▶ Mise en place d'une journée qualité annuelle
- ▶ Préparer avec les pôles, les usagers l'organisation de la semaine de la sécurité
- ▶ Mise en place d'un programme annuel de formation qualité et sécurité des soins
- ▶ Mise à disposition des pôles de soins d'un catalogue « d'atelier qualité » sur différentes thématiques
- ▶ Expérimenter des outils numériques dans le Hall de la Clinique 10 diffusant des informations relatives à la qualité et aux droits des patients
- ▶ Intégrer une rubrique qualité sur le site internet de l'EPSM
- ▶ Renouveler sous une autre forme l'écho de la qualité et de la certification
- ▶ Former les professionnels en situation d'encadrement (faisant fonction) sur la démarche de la qualité et les nouveaux arrivants (journée de nouveaux arrivants)
- ▶ Informer les professionnels, les usagers des retours d'expérience menés dans l'établissement
- ▶ Mettre en place des campagnes d'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins

Indicateurs de suivi

- ▶ Journée qualité / an
- ▶ Programme semaine sécurité des patients
- ▶ Formation qualité et sécurité des soins / an
- ▶ Nombre « d'atelier qualité » / an
- ▶ Campagne d'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins / EPSM / pôle
- ▶ Tableau de bord par pôle et par UF (dialogue de gestion)

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES QUALITÉ, GESTION DES RISQUES 2024-2027

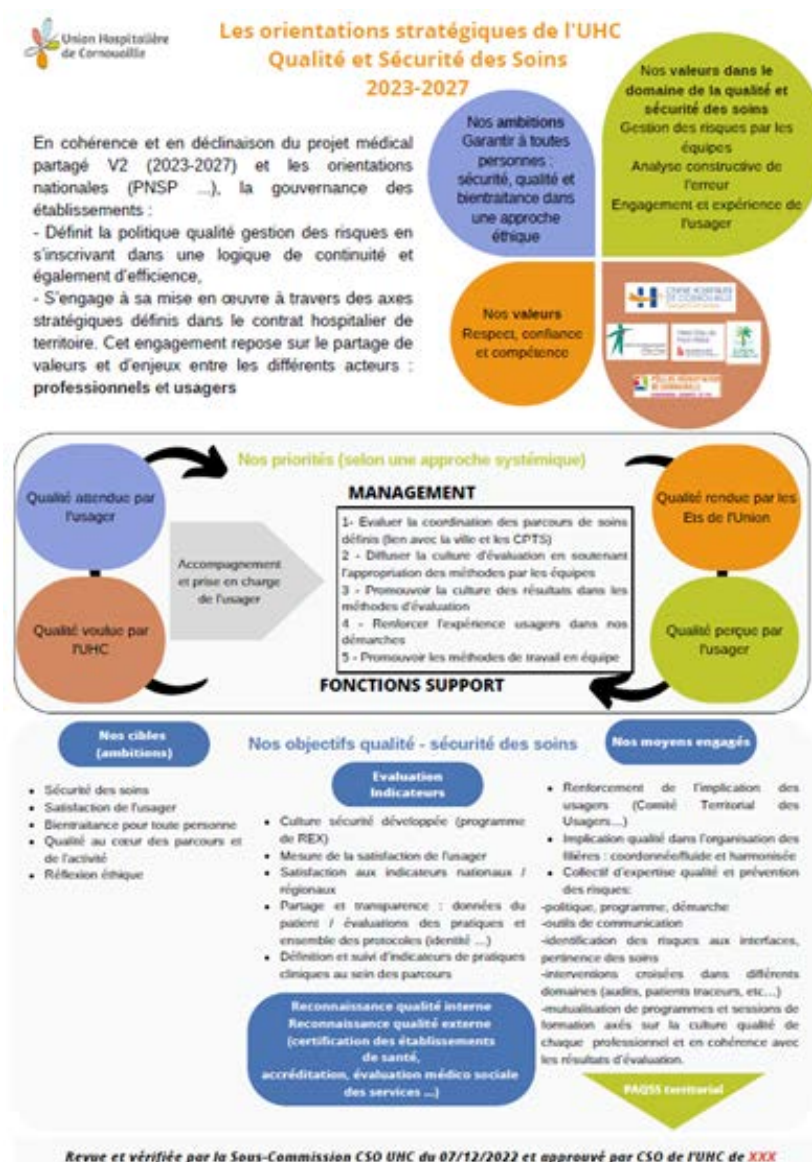
Au niveau de l'UHC

La sous-commission de la CSO chargée de la coordination de la qualité de l'Union Hospitalière de Cornouaille est en place depuis le 16 mai 2019. Sa mission principale est de mettre en œuvre la démarche qualité territoriale axée principalement sur les parcours partagés au sein du territoire de santé.

Elle est composée pour chaque établissement de l'UHC, des présidents de commissions médicales des établissements, des directions qualité, des directions des soins, des médecins coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, des représentants des usagers, d'un membre responsable de la prise en charge médicamenteuse, de l'équipe opérationnelle des infections associées aux soins et des différents vigilants.

Cette démarche ne substitue pas aux démarches qualités propres aux établissements de santé mais veille à coordonner et mettre en cohérence les politiques qualités internes des établissements de l'UHC dans leur dimension parcours.

Elle peut décider de plans d'actions communs concernant la gestion de certains risques à la demande des établissements membres ou partenaires de l'UHC. Ces actions seront intégrées respectivement dans les PAQSS des établissements concernés.



06

PROJET SOCIAL

INTRODUCTION

Le projet social constitue un des volets du projet d'établissement, prévu par l'article L6143-2 du code de la santé publique : « *Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.*

Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux ainsi que des étudiants en santé est intégré au projet social défini par chaque établissement.

Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité social d'établissement.

Le comité social d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme. »

Il s'agit du document stratégique de la politique des Ressources Humaines (politique RH) de l'établissement qui établit les grands axes et la philosophie de l'établissement sur sa politique sociale. Cette politique doit s'incarner dans de grandes actions concrètes.

La rédaction du projet social 2024 s'est organisée autour d'un groupe de travail resserré associant Direction des Ressources Humaines et représentants du comité social d'établissement, choix de la simplicité dans un contexte où la politique RH a fait l'objet de nombreuses réflexions et plans d'actions dans un passé proche.

BILAN DU PRÉCÉDENT PROJET SOCIAL

Le précédent projet social 2017 -2020 était assez ambitieux puisqu'il disposait de 4 axes, 13 objectifs stratégiques et 39 objectifs opérationnels, eux-mêmes déclinés en actions parfois très détaillées.

Par ailleurs, au-delà de cette feuille de route générale, l'actualité réglementaire, les réformes, mais aussi les opportunités, ont enrichi la politique sociale de l'établissement de nouveaux documents socles et plans d'actions. Citons les lignes directrices de gestion, la refonte de l'entretien professionnel annuel, l'adoption d'un plan d'action égalité entre les femmes et les hommes, mais aussi plus récemment un plan d'action attractivité et fidélisation, un plan d'actions issu de l'audit encadrement à visée plus managérial.

Les projets sont donc très nombreux et l'exercice du projet social doit être un exercice de synthèse et de réaffirmation des grandes lignes d'action, tout en gardant la souplesse d'expérimenter, d'enrichir et d'adapter les actions au rythme de la vie de l'établissement et des attentes des équipes.

Le projet social 2017-2020 avait déterminé 4 axes prioritaires, dont le bilan est le suivant.

AXE 1 : Un établissement attractif, une communauté de professionnels impliqués et engagés

La politique communication de l'établissement s'est modernisée avec la structuration d'une Direction de la communication et la création d'un poste de chargée de communication. Site internet, présence sur les réseaux sociaux, créations d'événements variés, journées de formation à thème ou temps de convivialité, renforcent l'image extérieure de l'établissement autant que les liens collectifs. Les outils de communication (site intranet, bulletin d'information), font davantage la part à la valorisation des projets d'équipes ou la présentation des métiers.

L'accueil des nouveaux arrivants, point fort identifié dans l'enquête sociale de 2017, s'est renforcé (nouveau livret d'accueil, stage de découverte des services des soins).

Sur l'association des professionnels à la vie de l'établissement, le dialogue professionnel et le dialogue social, enjeu majeur pour la qualité de vie au travail, nous tirons un bilan plutôt positif de la période passée. Ce point est toujours perfectible, et fera l'objet d'une attention forte pour l'avenir, dans le projet social et dans le volet gouvernance et management du projet d'établissement.

Le baromètre social 2022, s'il montre de nombreux axes de progrès, dresse un constat d'une communauté hospitalière solide : attachement au métier et au service, capacité de développer des compétences et des initiatives, esprit d'équipe et proximité, possibilité d'un dialogue professionnel au sein des unités.

Il existe des irritants, notamment dans la complexité de nos organisations ou dans les rapports sociaux.

AXE 2 : Des parcours professionnels variés et un accompagnement constant au développement et à la mise en valeur des compétences

Cet axe a fait l'objet d'une mise en œuvre active.

La politique de mobilité, formalisée et plus transparente se déploie et doit être évaluée. Les remplacements longs sont désormais proposés.

L'établissement a organisé des accompagnements d'ampleur, au gré de l'évolution de l'offre de soins (fermeture de Treouguay, évolution Ar Sterenn en Equipe Mobile d'Etayage en Psychiatrie).

Sur la formation, les outils et l'organisation ont progressé : mise en place d'un guide de la forma-

tion territoriale, structuration du Compte Personnel de Formation, approfondissement du fonctionnement de la commission de formation.

Des formateurs internes sont identifiés sur de nombreux sujets, un groupe actif fonctionne, et propose des formations intégrant de nouveaux formats (formations courtes, simulation).

La politique de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences a conduit à augmenter de façon notable le nombre de formations promotionnelles, et le déploiement de Gesform à tous les métiers est devenu l'outil central de la formation.

La rédaction d'un guide propre à la formation a été identifiée comme un besoin et un nouveau projet à mettre en œuvre pour faciliter l'appropriation par tous des modes de fonctionnement.

AXE 3 : Une gestion des ressources humaines, lisible, transparente et en constante amélioration

Cet axe davantage tourné vers la technique RH, a été en grande partie bouleversé par le nombre de réformes conséquentes en matière RH.

Si la DRH a pu améliorer l'information aux professionnels (constitution d'un guide de gestion RH, d'un guide des jeunes parents), revoir la présentation de ses ressources sur l'intranet, dématérialiser la gestion des dossiers du personnel, retravailler des outils de gestion courante (fiche de demande de mensualité de remplacement, documents évaluation des contractuels), le service RH a dû aussi beaucoup mettre en œuvre les réformes de la loi de transformation de la fonction publique et du Ségur de la santé.

Ces réformes ont concerné tous les pans de l'action RH : recrutement et mobilité (mise en place de l'apprentissage, du service civique, de la rupture conventionnelle...), les procédures d'évaluation et d'avancement (mise en place de l'entretien professionnel annuel, Lignes Directrices de Gestion avec nouveaux critères pour les avancements de grade, reclassements nombreux ou concours réservés), la protection sociale (nouveau régime temps partiel thérapeutique, congé paternité, congé invalidité temporaire imputable au service et réforme du conseil médical, période de préparation au reclassement), dialogue social (évolution rôle des CAP, mise en place du comité social d'établissement). Cette énumération n'est pas exhaustive !

Parmi tous ces changements, plus ou moins techniques et procédant d'évolution extérieures, il convient de citer l'engagement précoce et volontariste de l'établissement dans la rédaction d'un plan d'action en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, et la mise en œuvre d'un dispositif de signalement des actes de harcèlement sexuels et sexistes.

Enfin, la période post Covid a conduit l'établissement à faire le constat d'une difficulté à pourvoir tous ses postes, d'où la rédaction d'un plan d'attractivité et de fidélisation, dont les actions impactent toutes les dimensions RH, puisqu'il s'agit de maintenir un écosystème complet visant à l'attractivité et à la fidélisation, allant de l'image extérieure, à l'accueil des étudiants, à l'intégration des nouveaux arrivants, et aux conditions d'exercice, ambiance au travail, parcours professionnel et management, conditions matérielles aussi, soit toutes les composantes nécessaires à la qualité de vie au travail.

AXE 4 : Une politique active de développement de la qualité de vie au travail, de prévention, de maintien dans l'emploi, de prise en compte du handicap, et d'articulation vie professionnelle vie personnelle

Axe fort de tous les projets sociaux successifs, l'établissement a approfondi ces politiques : mise en place précoce du télétravail, poursuite des politiques de prévention (réactualisation du document unique, formation Prévention des Risques liés à l'Activité Physique, sensibilisation rythmes de sommeil, budget dédié à l'ergonome), signature d'une troisième convention avec le Fond d'Insertion pour les Personnes Handicapées de la Fonction Publique, avec accueil d'apprentis, politique de maintien dans l'emploi toujours active.

L'articulation vie personnelle / vie professionnelle a conduit à réaffirmer des règles de gestion dans une charte des plannings et l'établissement a augmenté ses berceaux en crèche et mis en place une adhésion au dispositif Mamhique, en augmentant régulièrement le nombre de places.

Enfin, les professionnels d'encadrement ont pu exprimer des attentes sur leurs conditions d'exercice et le fonctionnement de l'établissement (et par la même celles des équipes) à travers la réalisation d'un audit organisationnel et managérial : un plan d'action a été adopté et inspirera le prochain projet social.

DISCUSSION AUTOUR DU CONTENU DU FUTUR PROJET SOCIAL

Si l'exercice du bilan laisse toujours un sentiment d'inachevé, toutes les actions prévues initialement n'ayant pas été mise en place, il convient de remarquer l'addition de nombreuses nouvelles actions et une forme de plasticité dans la continuité de la politique sociale de l'établissement.

A l'issue des échanges, un certain consensus émerge pour valider le sens de l'action et les valeurs visées, avec le souhait que le futur projet social s'inscrive dans la continuité des actions déjà lancées ou prévues, en reprenant, pour la plupart, les actions inabouties.

Pour autant, de nouvelles attentes ou enjeux apparaissent à la lumière du dialogue avec les organisations syndicales. La question du dialogue professionnel au sein de l'établissement et de la démarche participative, incarnée dans le projet de gouvernance et de management. La question des relations entre professionnels, et l'exigence d'un respect mutuel, et la question d'organisations plus fluides. Le souhait que la direction des Ressources Humaines communique mieux, plus, et plus directement auprès des professionnels, pour informer mais aussi pour valoriser des actions positives, notamment les actions portant sur les conditions de travail. Et réalise des bilans plus réguliers de la mise en œuvre du projet social.

Mais également: La question des rythmes (plannings, travail de nuit). La question du logement des professionnels, absent jusqu'à présent des projets sociaux successifs. La question de l'avenir du service médecine du travail. La question de la prévention de la désinsertion professionnelle. Et enfin celle de la convivialité, moteur du collectif : soutien aux initiatives de l'amicale, création d'événements favorisant l'interconnaissance, « à cotés » du travail avec actions bien être.

Pour beaucoup de ces sujets, des actions étaient déjà prévues ou embryonnaires.

Enfin, le projet social n'abordera pas directement les questions de responsabilité environnementale, de mobilité, ou même de stationnement : ces enjeux sont traités par ailleurs dans le projet développement durable ou plan d'urbanisation du site. De même, la question de la communication externe est désormais en grande partie traitée dans le plan de communication de l'établissement.

LA POLITIQUE SOCIALE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le projet social constitue un des volets du projet d'établissement et s'inscrit pleinement en phase avec ses différents volets, notamment en appui du projet médico-soignant et de son ambition de développer l'offre de soins la plus adaptée, et du projet de gouvernance et de management visant à garantir la qualité du management et du dialogue interne.

A ce titre, il contribuera à :

- Promouvoir la qualité des pratiques de management et du dialogue social
- Développer la qualité de vie au travail et l'attractivité / fidélisation de l'établissement
- Assurer une gestion RH de qualité, basée sur une information partagée et en coresponsabilité avec les acteurs de l'établissement
- Maintenir les efforts en matière de prévention et de réponses individualisées aux problématiques des agents

Les principes transversaux d'égalité entre les femmes et les hommes, de respect dans les relations de travail, d'agilité (capacité à innover, à expérimenter) sont rappelés comme des principes fondamentaux de toute politique sociale.

Le projet social 2024 se structure autour de 4 axes :

- Assurer la qualité du dialogue interne et du management
- Mettre en place le plan d'attractivité et de fidélisation
- Poursuivre les actions qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels
- Assurer une gestion RH responsable socialement, individualisée et lisible

AXE 1 : Assurer la qualité du dialogue interne et du management

Le projet social se doit d'aborder et de contribuer à la question de la qualité du dialogue interne et du management, composante fondamentale de la qualité de vie au travail, qui tient autant à la capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu du travail, qu'aux conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail.

- ▶ Contribuer à la mise en œuvre du projet de gouvernance et de management
- ▶ Rédiger un guide des bonnes pratiques de coopération
- ▶ Accompagner la formalisation de nouveaux contrats de pôle
- ▶ Participer à la création d'une commission de conciliation et assurer un système de repérage des situations de conflits
- ▶ Assurer la qualité du dialogue social et le fonctionnement des instances

AXE 2 : Mettre en place le plan d'attractivité et de fidélisation

Le plan d'attractivité et de fidélisation, adopté en décembre 2022, est en soi une composante majeure du projet social, puisqu'il aborde un éventail large de thématiques, touchant à l'accueil et l'intégration, à la gestion des parcours professionnels, à la formation, aux conditions d'exercice de manière large.

Le choix a été fait de reprendre sa mise en œuvre comme un axe à part entière du projet social, en ayant notion qu'il concoure et complète les autres axes.

- ▶ Assurer une meilleure promotion des métiers hospitaliers et de l'établissement
- ▶ Améliorer l'accueil et l'accompagnement des étudiants en stage pour leur transmettre l'intérêt pour la discipline psychiatrique et l'envie de rejoindre l'établissement
- ▶ Faire de l'entretien d'embauche un temps privilégié d'accueil et d'information sur l'établissement
- ▶ Accompagner les nouveaux arrivants dans toutes les dimensions d'intégration institutionnelle et au sein des équipes, par la formation et la transmission d'expérience

- Faire connaître l'établissement : l'attractivité par la communication externe
- Poursuivre les efforts en matière de rémunération et de gestion des carrières, après le Ségur de la santé, en visant l'équité dans les situations, la reconnaissance des compétences et une meilleure compréhension du système de rémunération et de carrière
- Sécuriser la gestion du temps de travail et des plannings pour une meilleure articulation vie personnelle / vie professionnelle
- Mieux accompagner et sécuriser les parcours professionnels
- Soutenir le travail en équipe et le fonctionnement des collectifs de travail
- Accentuer les efforts de mise à disposition de moyens matériels adaptés pour les équipes
- Assurer une communication interne de qualité et des temps de convivialité dans l'établissement
- Renforcer les services fournis par l'établissement

AXE 3 : Poursuivre les actions qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels

Cet axe est de fait limité aux questions matérielles ou très spécifiques d'une politique Qualité de Vie au Travail, les questions liées au dialogue professionnel et participatif, à l'association des professionnels à la vie de leur unité et des projets étant traités dans les axes 1 et 2. En définitive, c'est bien la traduction que la qualité de vie au travail irrigue l'ensemble des actions d'un projet social et qu'elle en est bien la finalité, la qualité de vie au travail concourant directement à la qualité du travail réalisé et donc à la qualité du service rendu à la population.

- Poursuivre le déploiement d'une politique structurée de prévention des risques professionnels, en lien avec le CREX risques professionnels et la formation spécialisée
- Développer des actions de promotion de la santé
- Mettre en place de nouvelles actions en matière de prévention des risques psycho-sociaux
- Assurer la mise en œuvre du plan d'action égalité entre les femmes et les hommes
- Soutenir les actions collectives (amicale, actions sportives, culturelles), et mettre en place des actions « bien être » à destination des professionnels.

AXE 4 : Assurer une politique RH responsable socialement, individualisée et lisible

Un projet social ne serait pas complet sans rappeler la responsabilité sociale de l'employeur, au premier chef vis-à-vis des salariés de l'établissement dans l'accompagnement de difficultés de santé ou de handicap, malgré les politiques de prévention, mais aussi plus largement, en tant qu'employeur public, dans la participation aux politiques publiques d'intégration du handicap ou d'insertion professionnelle des publics éloignés de l'emploi.

Enfin l'activité de la Direction des Ressources Humaine doit encore gagner en lisibilité pour les professionnels, par la constitution de documents d'information et d'outils nouveaux, mais aussi par une politique de communication interne plus systématique et proche des professionnels.

- Pérenniser la dynamique Politique maintien dans l'emploi / action en faveur du handicap
- Envisager un plan de lutte contre la désinsertion professionnelle et le dépôt d'un dossier de financement
- Formaliser un guide de la politique de formation de l'établissement
- Soutenir et structurer la politique de formateurs d'établissement
- Développer la communication sur les actions et réalisations et les rencontres directes avec les professionnels pour des temps de présentation / explication ciblés
- Mettre à jour les lignes directrices de gestion en lien avec le CSE et alimenter la base de données sociale pour la rédaction du rapport social unique
- Créer un chapitre paie et rémunérations dans le guide de gestion du personnel
- Initier des observations et une réflexion sur la problématique nouvelle de l'accès au logement et construire des actions nouvelles sur cette thématique

MÉTHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE

Le projet social dans cette présentation se limite à l'exposé des grandes lignes stratégiques et du sens des actions, sans rentrer systématiquement dans la déclinaison des actions précises, détaillées et concrètes, afin d'éviter l'effet catalogue.

La déclinaison fine et opérationnelle des actions, calendrier et personne responsable fait l'objet d'un document de suivi particulier et très détaillé.

Le suivi de la mise en œuvre du projet social sera réalisé annuellement en CSE, et le groupe de travail projet social constitué pour son élaboration se réunira deux fois par an pour échange sur la mise en œuvre du projet et son adaptation.

07

PROJET DE GOUVERNANCE ET DE MANAGEMENT PARTICIPATIF

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

L'article L6143-2-3 du code de la santé publique entré en vigueur le 28 avril 2021 par création de la LOI n°2021-502 du 26 avril 2021, dispose notamment que « **le projet de gouvernance et de management participatif** de l'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement. Il prévoit les modalités de désignation des responsables hospitaliers. Il tient compte, en cohérence avec le projet social, des besoins et des attentes individuels et collectifs des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap. [...] »

Ce projet, constituant un des volets obligatoire du projet d'établissement, est issu d'une évolution et d'un enrichissement législatif et réglementaire important (Cf. doc. Ci-dessous) initié depuis 2018, année de présentation de la stratégie nationale de santé, « Ma santé 2022 ».



Cette stratégie de transformation du système de santé (MA SANTE 2022) concrétisée par la loi Organisation et Transformation du Système de Santé du 24 juillet 2019 est venue affirmer l'ambition de renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux. Le rapport CLARIS et ses conclusions ainsi que la survenue quelques mois plus tard d'une crise sanitaire inédite sont venus conforter certaines orientations visant à une accélération du virage vers une médicalisation de la gouvernance des EPS, une meilleure association des soignants à la vie de l'Hôpital, une simplification des processus de fonctionnement, une plus grande liberté d'organisation et enfin la réhabilitation des services de soins.

L'accroissement post crise sanitaire des difficultés, elles aussi presque inédites, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux en matière de gestion des ressources humaines, se traduisant par de nombreuses démissions et un fort absentéisme, renforcent cette nécessité pour les établissements publics de santé de s'engager dans un processus de changement de gouvernance et un management de proximité dont la finalité est d'impacter positivement la communication, le respect et l'autonomie au sein des équipes.

Le cœur de la démarche vise au déploiement d'un management participatif, incluant des notions de bienveillance, de disponibilité, de réactivité dans la gestion des problèmes du quotidien, contribuant à l'amélioration de la QVT, à dispenser de meilleurs soins, dans une meilleure ambiance et à attirer et fidéliser les professionnels.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU DOCUMENT

Le présent projet de Gouvernance et de management constitue un cadre général dans lequel devront s'inscrire les démarches et les différentes actions ou expérimentations soit de transformation et d'évolution du modèle managérial de l'établissement soit d'évolution des modalités de gouvernance. Il n'est donc que la première étape d'un processus ambitieux de transformation managériale et d'adaptation ou d'évolution de son modèle de gouvernance. Par son intégration dans le projet d'établissement, il affirme la volonté d'engager une réflexion collective sur ces sujets devenus stratégiques.

Les quatre grands chapitres qui composent ce projet découlent de recommandations générales de bonnes pratiques issues de la circulaire N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier Claris. Aussi, chaque chapitre constitue un axe de travail ou une opportunité de réflexion dont l'institution, dans une démarche d'amélioration de son fonctionnement, doit se saisir en considérant à la fois son histoire, son organisation, ses pratiques et ses besoins.

En termes de méthodologie et dans le respect de la volonté affirmée dans ce projet d'une approche participative, des groupes de travail associant les parties prenantes seront constitués pour traiter des déclinaisons attendues dans chacune des thématiques ou axes de travail identifiés.

Une partie des actions que pourra compter ce projet découlera du plan d'action arrêté par le COPIL constitué à l'occasion de la réalisation de l'audit « cadres de santé ».

I. GOUVERNANCE DE L'EPSM DU FINISTÈRE SUD : VERS UN RENFORCEMENT DE LA PLACE DES MÉDECINS ET DES SOIGNANTS DANS LA GOUVERNANCE

a. Fonctionnement du binôme Directeur / PCME

La stratégie de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 » a fixé l'ambition de renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux. Pour ce faire plusieurs leviers peuvent être activés :

La signature d'une charte de gouvernance entre le Directeur et le Président de la CME (PCME) pour créer un environnement propice à l'exercice des responsabilités de chacun. Elle précise les moyens délégués au PCME pour l'associer à la gestion de l'établissement tant pour des sujets internes, par le lien créé avec les Directions fonctionnelles, que pour les sujets externes avec les tiers à l'établissement. Cette charte est une composante à part entière du projet de gouvernance et de management participatif. Elle précise aussi le périmètre des codécisions prises et signées par le Directeur et le PCME.

La décision conjointe de désignation par le Directeur et le Président de la Commission médicale d'établissement (PCME) pour les chefs de pôles et les représentants médicaux au Directoire.

La co-signature entre le Directeur et le Président de la Commission médicale d'établissement (PCME) des contrats de pôle et tout document interne de l'établissement, dès lors qu'ils relèvent d'une décision conjointe ou favorisent la lisibilité de la gouvernance médico-administrative.

b. Fonctionnement du Directoire

Le Directoire a été reformaté pour tenir compte notamment de l'élargissement à un participant représentant du personnel soignant et pour en faire **l'instance principale de concertation médicale, administrative et soignante**. (Ainsi, sont invités de manière permanente, en sus des médecins nommés sur proposition du président de la commission médicale d'établissement : le chef de pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, deux directeurs adjoint et selon les points traités à l'ODJ, tout autre professionnel dont la présence est utile à la tenue des discussions).

Selon les points abordés et après avis du Directoire, une composition plus élargie, notamment aux cadres supérieurs de santé, peut être retenue.

Systématiser la signature conjointe du Directeur et du PCME de l'ODJ et des relevés de conclusions du Directoire.

c. Le projet médical et le projet de soins

Concernant le projet de soins et le projet médical, ils ont été élaborés de manière concertée, en lien avec les membres de l'équipe de direction, avec les représentants de la CSIRMT et de la CME pour converger vers un projet unique, médico-soignant. Cela renforce les conditions d'une dynamique médico-soignante propice à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients.

d. Améliorer la coordination institutionnelle des projets

La mise en œuvre de certains projets transversaux conduit parfois à des approches en silos et à la perception par les acteurs d'une institution cloisonnée. Cette forme de « désunion » peut être source d'inefficience pour la transformation de l'organisation et de l'offre de soins. Il ne favorise pas le partage d'expérience et donc la diffusion des bonnes pratiques.

L'EPSM du Finistère Sud pourrait tirer bénéfice d'une **coordination davantage formalisée et plus institutionnelle de la gestion et du suivi des projets** transversaux, s'appuyant sur un dispositif à construire (de type cellule projet).

Un tel dispositif aurait vocation à venir en **soutien méthodologique** et en **supervision des projets portés par les pôles**, dans le respect du mode de management polaire et aurait pour vocation de porter assistance à tous types de projet dans :

- **Sa phase exploratoire** pour structurer le périmètre, les enjeux (fiche projet type).
- **Sa définition**, avec un argumentaire structuré pour le soumettre aux instances et permettre **une validation en toute transparence des choix et priorités de l'établissement**.
- Sa planification, ainsi que dans le contrôle et la supervision de sa mise en œuvre.

Outre la facilitation des échanges pluri-professionnels autour d'une méthode projet et d'outils partagés ainsi permis, il doit être recherché dans cette évolution organisationnelle une **amélioration de la communication à tous des projets institutionnels** en cours et de leur état d'avancement.

De manière plus générale, le renforcement de la participation et de la contribution des personnels à la gouvernance de l'établissement sont recherchés.

II. ORGANISATION INTERNE

a. Organisation des activités médicales et médico-techniques (Pôle/Services)

Le découpage en pôles de l'établissement n'est pas remis en cause. Il convient de rappeler que cette organisation doit favoriser la meilleure réponse possible aux besoins de la population en fonction des moyens dont dispose l'établissement.

Une réflexion concernant les modalités à mettre en œuvre dans l'éventualité de la modification du périmètre d'un ou plusieurs pôles pourrait s'envisager. Cette réflexion permettrait d'anticiper et de clarifier les discussions et circuits de décisions à mettre en place dans une telle situation.

En complément, l'articulation entre dispositif sectoriel et dispositif intersectoriel fera l'objet d'un travail dans le cadre de l'actuel projet d'établissement 2022-2027. Ce travail aura pour objectif de mieux répondre aux enjeux déjà identifiés en internes par les professionnels de l'EPSM et soulignés par des contributions extérieures (CGLPL et mission d'appui externe notamment). Il représente un enjeu important pour notre établissement.

b. Contrats de pôle

Proposition de rédaction de contrats de pôle. Ces outils qui précisent la finalité, le périmètre, la gouvernance du pôle, les objectifs, la situation et les moyens du pôle, le rôle du chef de pôle dans la gestion du pôle et les modalités de son suivi, sont signés par les Chefs de pôle, le PCME et le Directeur. Ces contrats de pôle assortis d'indicateurs de suivi irriguent le projet du pôle et des services qui s'inscrivent in fine dans le cadre du projet d'établissement.

Ce travail aurait pour objectif de donner plus de marges de manœuvre et de responsabilité aux services et aux pôles.

III. SIMPLIFICATION DU FONCTIONNEMENT INTERNE

a. Favoriser la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant

Le renforcement du fonctionnement médico-soignant doit permettre d'élaborer une réflexion entre les professionnels médicaux et soignants pour optimiser l'organisation des modes de prise en charge des patients et des conditions de travail des professionnels. Une telle démarche doit être co-animée par un cadre de santé de proximité et un référent médical de structure interne. Dans ce cadre, de bonnes pratiques doivent être encouragées comme la systématisation des réunions de « structure interne » et de pôle, des débriefings, des RMM, et des réunions relatives à l'amélioration des parcours patients, de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins.

Dans cette perspective, de nouvelles modalités de management participatif pourraient être expérimentées. NB : priorité 3 Audit Cadre – Créer des processus et outils innovants de management participatif.

L'objectif est ici d'impulser une dynamique participative et de favoriser l'expérimentation de nouvelles pratiques visant l'amélioration de la qualité des soins délivrée aux patients et de la qualité de vie au travail des professionnels. L'implication directe des professionnels dans la résolution des problématiques « simples » (celles sur lesquelles l'équipe peut avoir une capacité à agir) de leur quotidien, problématiques souvent irritantes soit de par leur récurrence ou leur incidence sur l'organisation des soins, contribue à donner ou redonner du sens au travail. Cette démarche, fondée sur la confiance et la reconnaissance de la capacité des professionnels de terrains à engager et animer un processus global d'amélioration continue doit être un vecteur pour les équipes, d'amélioration des conditions d'exercice et de prise en charge.

b. Simplifier le fonctionnement interne

Cet objectif, porté par la gouvernance de l'établissement, se déploie dans la durée et à l'ensemble des échelons ; il se traduit par l'adoption et l'appropriation par l'ensemble des acteurs (administratifs, techniques, logistiques et de soins médicaux et non médicaux) d'une démarche d'amélioration continue.

1. **Améliorer la réactivité des services supports et directions fonctionnelles auprès des pôles et services et réciproquement** ; définition de délais de réponse, encouragement de la pratique de l'accusé de réception ; ... A traduire en engagements concrets et formalisés.
2. **Promotion des circuits courts de décision**
 - 2.1. Rappel des constats issus de « l'audit cadres » pouvant être rapprochés de ce chapitre et auxquels des réponses doivent être apportées :
 - 2.1.1 « Des circuits de décision qui apparaissent comme trop centralisés avec le sentiment
 - 2.1.1.1. d'échelons pouvant freiner les actions.
 - 2.1.1.2. de décisions qui peuvent se perdre
 - 2.1.1.3. De fait des exigences cognitives plus fortes, car il semble nécessaire de veiller à un bon nombre de sujets parallèlement au quotidien et en cas d'absence, en priorisant ... » ; « Des grains de sable qui deviennent des irritants »
3. **Bien délimiter les organigrammes, les périmètres et les missions de chacun des acteurs** NB : Priorité 2 Audit Cadre – définir les périmètres et les articulations entre les corps de métiers
4. **Elaborer une procédure de remplacement renouvelée** tant pour les professionnels soignants non médicaux (HUBLO) que pour les cadres de santé (NB : Priorité 1 Audit Cadre - Définir et formaliser le protocole de gestion de l'absentéisme de l'encadrement)
5. NB : priorité 2 Audit Cadre – **Créer des espaces de régulation de la coopération, des relations et de la communication à partir des situations de travail.**
6. Autres

IV. LE MANAGEMENT, FACTEUR DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET DE QUALITÉ DES SOINS

a. Définir une charte de management ou de bonne pratique de coopération

NB : Priorité 1 Audit Cadre - Créer et formaliser une charte de bonnes pratiques de coopération

Les objectifs généraux poursuivis seraient ici de développer une politique managériale transversale et bienveillante, de décloisonner, d'harmoniser et d'optimiser les pratiques entre encadrants médicaux et non médicaux et d'accompagner les managers (détection des potentiels, formalisation des attendus, formation, coaching). Le développement des compétences managériales permet notamment d'optimiser les actions de coordination, d'améliorer les relations de travail et de prévenir les conflits.

Une action particulière pourrait résider dans la **rédaction et l'adoption d'une charte de bonnes pratiques de coopération** (ou charte de management, ou charte des valeurs) ayant pour objectif de promouvoir auprès de tous et de manière opposable à chacun, des règles de savoir vivre et de savoir être collectif. **Cette charte définirait les valeurs communes et partagées**, afin d'accompagner chacun, individuellement et collectivement, dans le bien vivre ensemble pour une prise en charge efficace du patient.

Ces valeurs doivent être au cœur de ce projet de gouvernance et de management en ce sens qu'elles véhiculent l'état d'esprit du travail en équipe, la collaboration et l'entraide entre les professionnels. Pour s'incarner réellement au quotidien, elles doivent être concrétisées dans les pratiques du quotidien. Elle concerne l'ensemble des professionnels quelle que soit leur position.

Ces valeurs doivent avoir une résonance particulière pour toutes les personnes en position de management et impliquent une posture claire et partagée :

- Etre garant de l'application des règles de fonctionnement et des décisions institutionnelles
- Favoriser un environnement propice et serein à la cohésion de son équipe
- Concerner ses collaborateurs, décider avec équité et bienveillance et communiquer auprès de ses équipes

En parallèle, une communication adaptée devra favoriser la transmission et le partage de nos valeurs tant en interne qu'en externe, au plus proche des équipes.

b. Renforcer le management de proximité

Il relève le plus souvent d'un binôme cadre de santé/ référent médical de structure interne en capacité de mener et motiver les équipes pour atteindre les objectifs fixés par le projet médico-soignant et plus largement par le projet d'établissement. Il contribue directement à la qualité de vie au travail du personnel et à la qualité des soins dispensés au patient.

Dans ce cadre, il conviendrait de :

- ▶ Développer/renforcer la démarche de gestion de projet au sein des services
- ▶ Conforter le binôme référent médical de structure interne / cadre de santé (impliquer le référent médical dans la procédure de sélection du cadre soignant de son pôle ou unité et d'évaluation des professionnels du service avec le cadre)
- ▶ Systématiser les réunions au sein des « structures internes » et des pôles et les réflexions pluri professionnelles régulières
- ▶ Placer sous la responsabilité du chef de pôle l'engagement d'une réflexion portant sur la tenue et les objectifs des entretiens médicaux individuels annuels
- ▶ Former les managers aux démarches de conciliation, de prévention des risques psychosociaux, ainsi qu'aux méthodes de renforcement de travail collectif en équipe
- ▶ Formation au management : la formation et/ou le coaching managérial doivent/peuvent être proposés systématiquement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilité. Une formation action pour les trinômes de pôle et la direction autour des enjeux hospitaliers à venir pourrait être proposée afin de renforcer les liens entre les pôles et les directions fonctionnelles.

08

PROJET IMMOBILIER ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

*« Ce qui coûte le plus cher dans une construction
ce sont les erreurs »*

Ken Follet « Les piliers de la terre »

L'EPSM, à travers ce volet immobilier, s'inscrit à la fois dans la mise en œuvre du Projet d'Etablissement 2022-2027 (PE) pour les opérations prioritaires à conduire en cohérence notamment avec le projet médico-soignant et psychologique, le projet logistique et hôtelier, le projet des usagers, dans une perspective globale et transversale d'amélioration des conditions d'accueil, d'hospitalisation, d'hébergement des personnes prises en charge et d'amélioration des conditions de travail des équipes professionnelles, mais aussi dans une vision prospective de moyen et long terme allant au-delà de la seule temporalité quinquennale du PE.

En s'attachant à traduire dans le concret l'évolution de l'offre de soins des cinq prochaines années, le Schéma Directeur IMmobilier (SDIM) se doit de ne pas compromettre les évolutions patrimoniales ultérieures, soit par une mauvaise utilisation du foncier disponible, soit par des restructurations trop complexes nécessitant plusieurs opérations intermédiaires entraînant des dysfonctionnements importants dans l'activité quotidienne.

De fait, au-delà de la mise en œuvre sur 5 ans du Projet d'Etablissement, le SDIM se doit d'accompagner une réflexion prospective à moyen et long terme quant à l'aménagement de l'ensemble des sites de l'EPSM.

En effet si le Projet médico-soignant est décliné au sein des pôles, le SDIM, quant à lui, doit être pensé à l'échelle et au service de l'ensemble du centre hospitalier.

Par conséquent, le SDIM, qui concerne tant le patrimoine bâti que le patrimoine non bâti (voiries, stationnements...) fixe un cap, tout en devant être évolutif.

Le SDIM se veut un outil de planification des travaux à conduire, définis au sein de tranches sécables les unes par rapport aux autres devant s'articuler avec la planification financière, en lien avec le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI). Des revues annuelles du SDIM doivent permettre de prendre en compte les amendements du Projet médico-soignant et les évolutions de l'environnement de l'EPSM, spécialement avec les nouveaux modes de financement de nouveaux projets par la voie des Appels à Projets, en n'oubliant pas que trop de travaux programmés en parallèle ne fait bien souvent que retarder chaque opération inscrite.

De ce fait, il convient de garder à l'esprit que pour être réalisable, le SDIM doit également être soutenable pour les équipes de la direction du patrimoine.

La démarche de gestion dynamique du patrimoine poursuivie dans le SDIM s'inscrit dans la perspective de mieux gérer les actifs immobiliers pour les maintenir en bon état, améliorer leur qualité d'usage, rationaliser leur occupation et accompagner l'évolution en fonction des besoins tout en adoptant une démarche de développement durable écoresponsable, soutenable écologiquement.

Le SDIM doit donc incarner le projet stratégique de l'établissement en traduisant architecturalement et fonctionnellement les priorités institutionnelles issues du Projet d'Etablissement 2022-2027 (II) tout en poursuivant les projets issus d'événement antérieurs dont certains sont parfois repris dans le projet d'établissement (I) et ce, en adoptant une gestion rationnelle et dynamique de l'ensemble du patrimoine visant à renforcer la performance énergétique des bâtiments conservés, rénovés ou créés pour en maîtriser le coût global de fonctionnement dans une optique de réduction des émissions de gaz à effet de serre et ce, en satisfaisant aux obligations instaurées par le décret tertiaire (III).

I. LES PROJETS ISSUS D'ÉVÈNEMENTS ANTÉRIEURS AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2022-2027

Le contexte antérieur au Projet d'Établissement, avec différents projets immobiliers en cours, a déjà dicté un certain nombre des premières priorités institutionnelles patrimoniales à mener avant même la finalisation du Projet d'établissement.

Tel est le cas principalement :

- de la cession de la partie historique du site principal situé à Quimper intervenue en février 2021 (A)
- de la mise en œuvre de l'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) résultant de l'obligation d'accessibilité aux personnes handicapées applicable dans les Établissements Recevant du Public (ERP) déposé en Préfecture dont le terme est fixé à 2024 (B)
- des crédits d'investissement obtenus dans le cadre du Ségur de la Santé pour la rénovation de la Clinique 9 fin 2021 (C)

A. Les incidences de la cession de la partie historique sur la politique immobilière de l'EPSM

Suite à la vente à l'OPAC, en février 2021, de la partie historique du site incluant deux de ses accès (Allée de Kerfily et Route de Brest) sur laquelle sera créé un nouveau quartier de 340 logements, l'EPSM a lancé une réflexion sur les conséquences de cette cession sur les usages et le trafic du site reconfiguré aboutissant à l'élaboration d'un plan de ré-urbanisation avec l'aide d'un Assistant à Maîtrise d'Ouvrage.

Ce projet de ré-urbanisation après cession a défini un programme d'aménagement avec différentes mesures à mettre en œuvre pour répondre aux nouveaux besoins en termes de :

- circulation (accessibilité et sécurité routière) ;
- stationnement (places et flux) ;
- signalétique induite (interne et externe) ;
- sécurisation (entrées et contrôles d'accès)

Ce programme global de ré-urbanisation remis par l'AMO a été présenté aux instances en juin 2023.

Du fait de son ampleur, ce plan a été découpé en 11 phases successives destinées à une mise en œuvre progressive compatible avec les capacités financières que l'EPSM peut consacrer à un tel projet (cf. schéma ci-après) évalué à une dépense totale (hors des démolitions de bâtiments non protégés) de 5.513.094,60 € TTC :



Dans ce cadre, une première phase d'opérations a été validée en 2023 pour une mise en œuvre immédiate, à savoir :

- La réalisation et la mise en place d'une **nouvelle signalétique** du site en coordination avec la mise à jour de la signalétique urbaine extérieure au site, négociée par l'EPSM avec la Ville de Quimper et le Conseil Départemental du Finistère reposant sur le **principe de spécialisation des différentes entrées du site** (cf schéma ci-après) en lien avec l'**évolution du plan de circulation interne** visant à sécuriser les voiries pour l'ensemble des usagers en donnant la priorité aux piétons (voies à sens unique autour de la zone des services administratifs, techniques et logistiques, limitation de la vitesse à 20 km/h sur l'ensemble du site, mise en place de chicanes, d'écluses...)



- L'installation de différents **mobiliers urbains** (bancs, poubelles, barrières...) dont 3 parkings à vélos fermés afin d'encourager les mobilités douces ;
- **L'accentuation de la sécurisation** du site suite à différents actes de vandalisme et effractions : installation d'alarmes anti-intrusion, clôture de la zone des services administratifs, techniques et généraux la nuit et les week-ends via un système barrière, mise en place de contrôle d'accès aux différents bâtiments et dans certains locaux (postes de soins) ;
- La réalisation d'un **parking en terrasse au Sud de la clinique 6 à côté de l'IFPS** visant à répondre aux besoins de stationnement des étudiants de l'IFPS permettant de faire cesser les stationnements anarchiques et dangereux constatés à proximité du bâtiment SEDIAC ;
- La création d'un **jardin thérapeutique partagé** sur la plaine enherbée au Sud des Océanides et d'un espace de pique-nique à proximité du bâtiment Kervaliou 1.



Il convient de souligner à l'égard des différents projets ainsi validés, l'existence de contraintes urbanistiques particulières liées au classement d'une partie du site quimpérois de l'EPSM en Site Patrimonial Remarquable (ex-AVAP) se traduisant par la nécessité de recourir à des procédures d'autorisations longues, lourdes et souvent délicates (dépôts de permis d'aménager, validation par l'Architecte des Bâtiments de France, instruction à la fois par la Ville de Quimper et par les services de l'Etat en raison du statut d'établissement Public d'Etat de l'EPSM).

B. La mise en œuvre de l'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)

L'Agenda d'Accessibilité Programmée ou Ad'AP est un dispositif obligeant les ERP à se mettre en conformité avec la loi "Handicap" de 2005, qui prévoyait la mise en accessibilité aux personnes à mobilité réduite de tous les établissements recevant du public à compter du 1er janvier 2015.

Cette loi prévoyait qu'à compter du 1er janvier 2015, tout établissement devait être accessible aux personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite.

Face au constat partagé qu'il n'était pas possible de respecter cette échéance, notamment du fait d'importantes difficultés techniques et financières, l'ordonnance n°2014-1090 du 26 septembre 2014 a créé le dispositif des Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP).

L'Ad'AP permettait de prolonger les délais de mise en accessibilité des bâtiments pendant 9 ans sous réserve de s'engager, auprès de l'administration, sur un calendrier de travaux dont le terme était fixé à 2024.

Pour rappel, pour les établissements des catégories 1 à 4, l'accessibilité porte sur l'accès au bâtiment dans sa globalité ainsi qu'à tous les services qui le composent. Dans le cas des établissements de catégorie 5, seule une partie du bâtiment peut être rendue accessible. Cependant, tous les services proposés doivent y figurer.

C'est dans ce cadre que l'EPSM a adressé aux services de la Préfecture du Finistère un agenda Ad'AP dont le tableau ci-après retrace le niveau de réalisation :

Bâtiment	Pôle	Année prévue de mise aux normes								Observations
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
MISES AUX NORMES REALISEES										
1. CMP L'Hippodrome	1	x								Réalisé
2. HJ –CMP Douarnenez (rue Commandant Fernand)	1	x								Réalisé
3. Les Océanides	5	x								Réalisé
4. CMP Kerarthur Pont-l'Abbé	2		x							Réalisé
5. HJ L'Estran Concarneau	4		x							Réalisé. Propriété CHIC de Quimper dont l'EPSM est locataire.
6. Antenne de consultation CMPI - Audierne	10		x							Réalisé. A noter : Projet de transfert de l'activité de l'antenne de consultation Kéridreuff du pôle 1 sur ce site.
7. CMPI - HC (site principal Quimper)	10		x							Réalisé (mais, du fait de contraintes techniques, l' allée extérieure est inférieure à la largeur requise (1,20 m au lieu d'1,50 m).
8. HJ - Kermoysan	2			x						Réalisé
9. IFPS				x						Réalisé
10. Clinique 10	1, 2, 3				x					Réalisé
11. MTCL	10					x				Réalisé

Bâtiment	Pôle	Année prévue de mise aux normes								Observations
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
MISES AUX NORMES REALISEES										
12. CMPI Douarnenez (rue des Partisans)	10				x					Devenu sans objet : transfert dans bâtiment CAF de Douarnenez. Bâtiment à céder
13. CMPI - HJ Plouhinec	10				x					Devenu sans objet : Service transféré dans bâtiment CAF de Douarnenez. Bâtiment à céder
14. CMPI St-Exupéry Châteaulin	10				x					Devenu sans objet : Service transféré dans bâtiment CAF de Douarnenez. Location résiliée.
15. HJ Kerhaleg Pont-l'Abbé	2				x					Devenu sans objet : Relocalisation prévue à l'Hôtel Dieu de Pont L'Abbé, partenaire de l'EPSM sur le Territoire de Santé n°2. Retard projet suite à contentieux introduit par L'Association de défense du patrimoine. Bâtiment à céder
16. Résidence Tréouguay Pont-l'Abbé HJ	4				x					Devenu sans objet : fermeture de l'activité d'USLD et projet de transfert de l'HJ de Tréouguay sur l'Hôtel de Dieu de Pont L'Abbé. Retard projet suite à contentieux introduit par L'Association de défense du patrimoine. Bâtiment à céder
17. Clinique 9	1, 2, 5				x					Refonte totale du bâtiment suite à l'obtention de crédits dans le cadre du Ségur de la Santé. Permet le retour sur le site principal de services hébergés dans des structures ne répondant pas aux normes Ad/AP qui feront l'objet de cessions : Clinique de l'Odet et CREPS (ex HJ Intermède).
18. Clinique de l'Odet	2				x					Mise aux normes devenue sans objet : rapatriement du service au sein de la Clinique 9. Bâtiment à céder
19. HJ - Intermède/ Creps Quimper	1				x					Mise aux normes devenue sans objet : rapatriement du service au sein de la Clinique 9. Bâtiment à céder
20. HJ Lidaps Concarneau	3				x					Mise aux normes devenue sans objet : projet de reconstruction sur un terrain en cours d'acquisition auprès de la CCI. Bâtiment à céder
21. Kervaliou 2					x					Mise aux normes devenue sans objet : Bâtiment mis en AOT avec droits réels pour l'HAD de territoire ; mises aux normes réalisée lors de la restructuration du bâtiment par l'Hôtel Dieu de Pont L'Abbé.

Bâtiment	Pôle	Année prévue de mise aux normes								Observations
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
SOLUTIONS DE MISES AUX NORMES EN COURS DE FINALISATION										
22. Clinique 8	1,2,3, 10								x	Inscrite au PPI et au PMS 2022-2027 : futur plateau d'activités thérapeutiques et relocalisation (temporaire ou définitive) de l'école et du jardin d'enfants du CMPI dans le cadre du projet de rénovation de la Clinique 9.
23. HJ Banine Châteaulin	1								x	Compte tenu de l'extrême complexité pour une mise en conformité, une relocalisation par déplacement sur Briec proche du CAMP existant est à l'étude. Bâtiment à céder
24. CMPI - HJ (site principal Quimper	10			x	x				x	Mise en conformité finalisée en 2024 : inscription au PPI
25. Résidence Kerfily	4								x	

26. Consultations Audierne (11 rue Kéridreuff)	1								x	Compte-tenu de l'activité réduite du site et des coûts de mise aux normes, un projet de relocalisation dans l'antenne du CMPI d'Audierne est à l'étude. Bâtiment à céder
STRUCTURES TOUJOURS EN RECHERCHE DE SOLUTION										
27. HJ Adret	3								x	Mise aux normes non réalisée et complexe : maison individuelle sur plusieurs niveaux
28. MDA	10								x	Structure complexe pour envisager sa mise aux normes.
29. HJ Les Lucioles Concarneau	10								x	Propriété CHIC de Quimper dont l'EPSM est locataire. Travaux mis à la charge de l'EPSM par le propriétaire
30. CMPI Quimperlé (2 rue Vauban)	10								x	Seul le Rez-de-chaussée est accessible. Mise aux normes non réalisée et complexe : maison individuelle sur plusieurs niveaux
31. CMPI - Châteaulin (Ty Carré)	10								x	Cette mise en conformité a un impact fort sur le bâti compte tenu de la configuration des locaux existants (maison individuelle sur plusieurs niveaux). Du fait de l'extrême complexité pour une mise en conformité, une relocalisation de la structure sur un nouveau site apparaît largement préférable (nouvelle localisation non encore trouvée à ce jour).
32. Services généraux (site Quimper)	10									Création d'accès et sanitaires PMR et traitement des abords du bâtiment (suppression de trottoir)

C. La rénovation de la Clinique 9 dans le cadre du Ségur de la santé

Dans le cadre de la transformation, actée en 2020, de l'HJ Intermède en Centre de Réhabilitation Psycho-sociale (CREPS), jusqu'alors situé en ville dans un bâtiment inadapté et inadaptable, puis de la création de l'unité TCA en 2021, hébergé transitoirement dans les anciens locaux d'HC inoccupés du pôle PEA, a été avancée l'idée de réhabiliter la totalité du bâtiment Clinique 9 pour y accueillir ces 2 unités sur un plateau du 2ème niveau et avoir, du fait de cette rénovation globale, 2 autres plateaux disponibles permettant l'accueil de projets émergeant ultérieurement.

Ce projet a fait l'objet en juin 2021 d'une demande de financement dans le cadre des appels à projets du Ségur de la Santé.

Simultanément, toujours dans le cadre du Ségur de la santé, un projet de relocalisation dans une construction neuve, de la Clinique de l'Odét, elle aussi hébergée dans des locaux ne répondant pas aux normes Ad'AP, était présenté, avec une localisation restant à préciser (différents biens de l'EPSM pouvant héberger cette structure : ancien terrain de foot, terrains de Cuzon, anciens locaux de Tréouguay notamment).

Ces 3 projets ont obtenu des financements dans le cadre du Ségur Investissement, mais d'un montant insuffisant pour réaliser l'opération de reconstruction de la Clinique de l'Odét.

L'hypothèse de transférer la Clinique de l'Odét au sein de la Clinique 9 a alors été imaginée.

Parallèlement, dans le cadre des travaux préliminaires à la rédaction du nouveau projet médico-soignant 2022-2027, lancés en 2021, la question de l'avenir de l'Unité Ar Sterenn, seule structure d'hospitalisation occupant encore la Clinique 9, s'est à nouveau posée. Le principe de sa fermeture a alors été adopté, permettant d'intégrer la Clinique de l'Odét dans le projet de réaménagement global de la Clinique 9, tandis que l'ensemble des activités médico-techniques, jusqu'alors éclatées en différents lieux du site de l'EPSM, seraient regroupées au rez-de-chaussée du bâtiment pour une meilleure articulation avec les services d'hospitalisation situés à proximité.

Le projet, ainsi redéfini, de réhabilitation globale de la Clinique a donné lieu au choix d'un assistant à maîtrise d'ouvrage permettant son accompagnement allant de la définition du besoin par les futurs occupants, au choix du futur architecte et des entreprises en charge des travaux jusqu'à l'ouverture du bâtiment rénové prévu courant 2026. Il se réalisera donc concomitamment des autres projets immobiliers issus du PMS 2022-2027.

II. - LES PROJETS IMMOBILIERS ISSUS DU PROJET MÉDICO-SOIGNANT 2022-2027

Différentes orientations du PMS 2022-2027 ont un impact patrimonial.

Elles devront se décliner et s'articuler avec les différents projets immobiliers déjà en cours tout en prenant garde à ne pas perdre de vue les grands axes d'évolution déjà actés et à rester réalistes tant en termes financiers que supportables humainement.

Les revues annuelles du SDIM devront veiller au maintien de cette cohérence entre orientations « ante » PMS et PMS et au réalisme dans la capacité d'exécution simultanée des différents projets pour fixer une feuille de route soutenable pour les équipes techniques en particulier.

Orientation 1 : Développer des soins spécifiques pour les 16-20 ans (ou 16-25 ans)

Dans ce cadre, il est envisagé :

- La création d'un HJ de soins intensifs
- L'identification de lits d'HC ou d'HN pour une capacité estimée de 5 lits

Des réflexions complémentaires sont attendues pour la mise en œuvre de ses soins spécifiques pour jeunes et jeunes adultes permettant de déterminer les besoins capacitaires, à partir d'un projet de soins adossé à ces nouvelles unités a priori destinées à un nouveau public de « 1ère décompensation psychique nécessitant une 1ère hospitalisation » et leur trouver une localisation.

Orientation 2 : Repenser les soins au long cours

Cette orientation directement en lien avec des projets actés antérieurement (rénovation de la Clinique 9 et fermeture de l'Unité Ar Sterenn) tend à revenir sur des parcours antérieurs ayant abouti à la création d'une Unité d'HC n'offrant de prise en charge que dans l'hospitalisation sans réel projet de vie et de soins hors les murs.

Elle postule :

- La création d'une équipe mobile de soins « soins intensifs » (inclusion, soutien, soins).
- Le fléchage de lits sur une unité de soins au long cours pour les hospitalisations séquentielles et programmées.

Une première mise en œuvre de ce nouveau dispositif des soins au long cours trouve un commencement de concrétisation avec la fermeture d'Ar Sterenn et dans le projet de rénovation de la Clinique 9 qui accueillera notamment l'équipe de soins intensifs EMEP qui devra s'articuler avec le lancement des lits séquentiels sur l'unité Les Polynies à la Clinique 7.

Orientation 3 : Placer les droits du patient et le soutien aux familles au coeur du dispositif, en particulier dans le parcours d'hospitalisation

Dans ce cadre, diverses mesures sont envisagées :

- Des adaptations architecturales de l'existant : reconfiguration des chambres d'isolement, création d'espaces d'apaisement, d'espaces calme-retrait et Snoezelen permettant de limiter l'isolement qui redevient ainsi la solution de dernier recours.

A cet égard, cette mesure a déjà commencé à recevoir un commencement d'exécution avec l'inscription au PPI de la restructuration des différentes chambres d'isolement de la Clinique 10 puis de la Pédopsychiatrie. De même, la mise en place d'espaces d'apaisement, calme-retrait et Snoezelen a également commencé à être mise en œuvre (Canopée, Pôle 1 à la Clinique 10 ...)

- La mise à disposition des patients des médiations et des activités permettant d'accueillir le patient comme sujet et acteur de ses soins par la création d'un plateau d'activités thérapeutiques à la Clinique 8 a aussi donné lieu à un commencement d'exécution : détermination du pôle de rattachement, recrutement de 2 agents qui seront installés dans les locaux de la Clinique 8.

Il conviendra par ailleurs de réfléchir au devenir des locaux prochainement rendus à l'EPSM dans le cadre du départ prochain du site de l'EPSM de l'ESAT Ty Hent Glaz : le développement d'activités physiques et sportives pour améliorer la santé physique et mentale des patients et résidents ne pourrait-il y trouver une solution par l'utilisation de certains locaux ?

- Ouverture des services d'hospitalisation à temps complet : digicodes à l'entrée des services
Une analyse précise des conditions de mise en œuvre de cet axe devra permettre d'articuler liberté d'aller et venir des patients, modalités d'hospitalisation (contrainte ou non) et la sécurité globale du site contre les intrusions malveillantes.

- Relance des alternatives à l'hospitalisation à temps plein, avec une redéfinition des appartements thérapeutiques : création d'une maison thérapeutique intersectorielle
Ce dispositif de prise en charge reposait jusqu'alors sur des appartements thérapeutiques « propriété » de chaque pôle adulte et leur utilisation s'avérait peu optimale avec des taux d'occupation régulièrement en-deçà de 50%.

D'ores et déjà, le dispositif a été réduit à 2 maisons thérapeutiques avant la mise en œuvre d'une maison thérapeutique unique et intersectorielle de 9 places.

Un projet d'acquisition d'un terrain à bâtir dans un lotissement dans le quartier quimpérois de Penhars est en cours de réflexion.

L'élaboration d'un projet médical, organisationnel, fonctionnel et technique reste à réaliser en amont pour définir les contours exacts de cette nouvelle maison thérapeutique intersectorielle.

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 »

- Dans la continuité des PE précédents, il est rappelé la nécessité du renforcement du rôle des CMP comme pivots du secteur, en favorisant « l'aller vers ». Dans ce cadre, un focus particulier doit être fait sur un renforcement de l'organisation des CMPI reposant sur 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.
- Vers une adaptation de nos Hôpitaux de jour : il est prévu l'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 tout en poursuivant le plan Ad'AP de mise aux normes PMR.

D'ores et déjà, différents projets achevés ou validés antérieurement répondent à cette nécessaire adaptation du parc immobilier de l'EPSM :

- construction d'un pôle de pédopsychiatrie sur Douarnenez par regroupement de différentes structures du pôle éclatées et inadaptées,
- regroupement des HJ de Tréouguay et de Kerhaleg sur le site de l'Hôtel Dieu de Pont-l'Abbé.
- création d'une activité spécialisée de centre psychotrauma au sein des locaux de l'HJ Kermoyan

Orientation 5 : Favoriser le développement des pratiques du rétablissement et de prévention

Avec cette orientation, il s'agit de mettre en place des soins intensifs programmés à domicile, en substitution de l'HAD à l'activité très réduite par création d'une équipe mobile intersectorielle de Soins Intensifs Psychiatriques A Domicile (SIPAD).

Avec l'élaboration du projet médical, organisationnel, fonctionnel et technique de ce service, il conviendra de réfléchir à une installation des différentes équipes mobiles projetées au sein du PMS en un lieu unique et centralisé tel que le dernier plateau disponible de la Clinique 9 rénovée.

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)

Il s'agit ici de parvenir à une consolidation de l'UFMP et un développement des soins somatiques pour lequel le projet de rénovation de la clinique 9 a permis de poser le principe de création d'un plateau rassemblant en un seul lieu l'ensemble des activités somatiques et médico-techniques de l'EPSM à proximité des services d'hospitalisation.

Orientation 7 : Droits des patients et politique de communication de l'établissement.

Dans le cadre de l'amélioration de l'environnement hospitalier, sera poursuivie la politique d'association des personnels à l'évolution de l'environnement de travail (architectural et traitement de l'ambiance) par le recueil des avis avant transformation des lieux de travail avec l'appui de l'ergonome de l'établissement et des Assistants à Maîtrise d'Ouvrage pour penser les locaux accueillants, rassurants, fonctionnels et optimisés dans leur occupation.

III. LA POURSUITE D'UNE GESTION PATRIMONIALE RATIONNELLE ET DYNAMIQUE DU PATRIMOINE DE L'EPSM DANS UNE OPTIQUE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

La gestion de la ressource patrimoniale repose sur la mise en place d'une politique d'exploitation du patrimoine rationnelle et dynamique visant à optimiser les coûts de possession des biens immobiliers (A), tout en s'inscrivant dans une démarche de développement durable et de réduction des consommations énergétiques tel qu'imposé par la réglementation issue du décret tertiaire (B)

A. Une gestion patrimoniale rationnelle et dynamique

L'immobilier, en tant que ressource, n'échappe pas à une logique de performance et dans le cadre d'une gestion dynamique et rationnelle de celui-ci, il convient notamment :

- ▶ de réduire le nombre de m² non ou insuffisamment exploités;
- ▶ d'optimiser les coûts d'exploitation et de maintenance à commencer par la maîtrise des consommations d'énergies et de fluides ;
- ▶ de poursuivre les stratégies de valorisation voire de cession pour les biens immobiliers jugés peu exploitables et / ou peu rentables technico-économiquement déjà initiées lors des précédents schémas directeurs ;

1. La réduction du nombre de m² non ou insuffisamment exploités

Qu'il s'agisse de structures existantes, conservées ou rénovées ou de nouveaux projets, il convient d'optimiser l'utilisation des locaux existants et/ou futurs en fonction de la présence réelle des équipes y travaillant.

Pour ce faire, il sera parfois utile de recourir à des audits extérieurs pour examiner les organisations de travail existantes en fonction des moyens humains disponibles, permettant d'envisager :

- des organisations recentrées sur un nombre plus réduit de structures permettant une amplitude d'ouverture étendue à l'ensemble de la semaine, voire certains week-ends. (cf. orientation 4.1. du PMS)
- des mutualisations de locaux conçus de manière plus polyvalente pour une utilisation partagée.

2. L'optimisation des coûts d'exploitation de maintenance, de gros entretien-réparation et de rénovation de l'existant

Pour ce faire la Direction du Patrimoine se doit de poursuivre ces actions peu visibles mais fondamentales pour la durabilité du patrimoine que sont la maintenance préventive et la maintenance curative. L'objectif est de planifier un plan de prévention permettant de vérifier l'état des installations existantes et de les entretenir afin de disposer d'équipements fiables et de faire baisser les coûts d'entretien.

Complémentaires aux dépenses de maintenance courante, les dépenses de Gros Entretien et de Réparation dépendent de la vétusté de l'immobilier. Dans cette optique, le plan pluri-annuel d'entretien identifie les enjeux de sécurité, de valorisation, de qualité de service et de pérennité du patrimoine. Il permet de justifier et de planifier financièrement les grosses réparations et le gros entretien sur les 5 ans à venir au sein du PPI.

C'est dans ce cadre que trouve sa place la question du contrôle et de la maîtrise des consommations d'énergies et de fluides dont le coût devient difficilement soutenable depuis ces dernières années. Il conviendra de poursuivre et accélérer les différentes mesures déjà mises en œuvre depuis de longues années par les services techniques telles que :

- les travaux de réhabilitation thermique (menuiseries, façades, étanchéité) des bâtiments du site
- l'optimisation du chauffage dans les différents bâtiments de l'établissement par l'installation

de nouveaux robinets thermostatiques obtenus gratuitement par le canal des C2E qui ont permis d'économiser 1 546 965 KW par rapport à 2021 (soit 200 000€ environ par an)

- l'isolation des planchers bas, le calorifuge des canalisations et des points singuliers, opérations également financées par le canal des C2E
- le remplacement des douchettes et brises jets sur robinetterie permettant des économies sur les consommations d'eau
- la mise en place de LED sur l'éclairage extérieur pour optimiser les consommations d'électricité...

3. La stratégie de valorisation et de cession des biens immobiliers peu exploitables et / ou peu rentables technico-économiquement

Avec la rationalisation de son parc immobilier déjà mise en œuvre les années précédentes, reposant notamment sur des regroupements d'activités sur un site unique moderne et efficient, l'EPSM a d'ores et déjà un important programme de cession à réaliser : près d'une dizaine de structures vont faire l'objet d'un programme de cession via des marchés d'intermédiation immobilière auprès d'agences immobilières situées à proximité des biens en cause.

La mise en œuvre des orientations du PMS 2022-2027 devrait conforter ce programme de cessions avec la mise en place de la maison thérapeutique intersectorielle, le regroupement éventuel de structures dispersées en un lieu unique pour accroître les amplitudes d'ouverture, la finalisation des Ad'AP pour les biens impossibles à mettre aux normes tant d'un point de vue technique qu'économique.

Parallèlement à ce vaste programme de cessions, l'EPSM a également adopté une politique de valorisation de patrimoine au travers de la technique des Autorisations Temporaires du Domaine Public pour des biens dont il n'avait pas ou plus l'usage : Mise à disposition par AOT d'un parking à l'entreprise Peugeot, de l'ancien bâtiment Kervaliou2 à l'Hôtel Dieu de Pont L'Abbé pour l'installation de l'HAD territoriale, formalisation par AOT de l'occupation de biens de l'EPSM par l'ESAT Ty Hent Glaz, ainsi que pour l'IFPS...

Cette politique de valorisation des biens devenus inutiles ou trop coûteux à exploiter va inévitablement se poursuivre sinon s'accélérer dans les années à venir, en particulier dans le cadre de la participation active de l'EPSM à la politique nationale de développement durable initiée notamment par le décret tertiaire mais aussi par la loi n° 2023-175 du 10 mars 2023 relative à l'accélération de la production d'énergies renouvelables dite Loi APER

B. L'intégration des politiques nationales de développement durable dans la politique patrimoniale

L'EPSM intégrera les enjeux du développement durable tant dans sa stratégie que dans son fonctionnement quotidien, en étant pleinement conscient de son impact sur son «environnement» au sens large. En effet, compte tenu de son envergure départementale, l'EPSM apparaît comme un acteur important sur le territoire finistérien au regard de la file active des patients pris en charge, du nombre de ses salariés, des ressources consommées dans le fonctionnement de ses services répartis sur le département, des différents flux qu'il génère, de son patrimoine immobilier et foncier...

La maîtrise énergétique est un enjeu qui se situe au cœur des trois piliers du développement durable : l'impact environnemental, l'impact économique et l'impact social. Les process hospitaliers (équipements médicaux, éclairage, climatisation, chauffage, parc automobile) et l'évolution des habitudes des usagers (exigences de confort, comportements individuels) entraînent une consommation de plus en plus importante d'électricité.

A cet égard, le décret dit tertiaire issu de la loi ELAN a déjà posé des impératifs drastiques de réduction des consommations énergétiques qui semblent devoir être renforcés par l'obligation de développement des énergies renouvelables postulé par la loi du 10 mars 2023 relative à l'accélération de la production d'énergies renouvelables dite Loi APER.

Au-delà de l'aspect environnemental de ces obligations, la maîtrise des consommations énergétiques et le développement d'une production énergétique locale, constituent des leviers économiques majeurs pour les finances hospitalières.

1. La mise en œuvre du décret tertiaire

Le décret n° 2019-771 du 23 juillet 2019 relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation d'énergie finale dans des bâtiments à usage tertiaire, dit décret tertiaire, pris en application de la loi ELAN fixe une trajectoire de réduction sévère des consommations énergétiques des hôpitaux.

Tous les bâtiments publics (comme privés) dans lesquels sont exercées des activités tertiaires sur une surface de plancher supérieure ou égale à 1000 m² devront respecter une baisse de consommation énergétique par rapport à leur consommation de référence postérieure à 2010 selon différents paliers : - 40 % d'ici 2030 ; - 50 % d'ici 2040 et - 60 % d'ici 2050.

Les nombreuses actions mises en œuvre à l'EPSM dans les nouveaux projets ou les travaux de rénovation (gestion de l'éclairage, isolation des bâtiments, réduction des consommations d'énergies et de fluides) présentées ci-avant et qui vont devoir se généraliser à l'ensemble des biens immobiliers visent précisément à atteindre ces objectifs quantifiés de réduction des consommations énergétiques.

Le travail conjoint avec les Conseillers en Transition Énergétique et Ecologique en Santé (CTEES) du territoire de santé n°2 et de la région Bretagne apporte un soutien aux différentes réflexions en cours au niveau de l'EPSM comme par exemple :

- La rénovation du bâtiment Clinique 9
- l'audit des chaufferies existantes au niveau des bâtiments du site quimpérois, qui devrait également permettre de répondre aux constats du dernier bilan des émissions de gaz à effet de serre (BEGES communément appelé Bilan Carbone) réalisé en 2024.

Mais au-delà des réductions de consommations énergétiques, les hôpitaux vont devoir participer au développement des énergies renouvelables.

2. Le développement d'une production énergétique locale renouvelable

Au-delà de la conception et/ou la rénovation de bâtiments écologiques efficaces sur le plan énergétique, permettant de répondre aux obligations du décret tertiaire, les textes récents orientent de plus en plus vers la production d'énergies renouvelables.

Tel est le cas de la loi n° 2023-175 du 10 mars 2023 relative à l'accélération de la production d'énergies renouvelables dite Loi APER dont les décrets d'application sont encore attendus mais qui aura un impact sur le développement de la production de l'électricité solaire photovoltaïque. De fait, pour les parkings de plus de 1 500 m² il conviendra d'intégrer un système d'ombrières permettant d'assurer la production d'une énergie renouvelable.

Les nouveaux parkings à créer, IFPS, clinique 9 pourraient être impactés par cette obligation, tandis qu'à compter de 2028, est prévue une obligation d'installation de panneaux photovoltaïques sur les bâtiments neufs ou lourdement rénovés.

09

PROJET DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

2022 - 2026

FICHE ACTION N°1 : PROCÉDURES TRI DES DÉCHETS

Objectif : Élaborer un guide de tri des déchets au sein des unités « intra » concernées, après notification du marché déchets du GHT prenant effet au 01/07/2022

Descriptif des étapes :

Rédiger les procédures par type de déchets en lien avec les prestataires retenus :

- ▶ Cartons
- ▶ Papiers de bureau et confidentiels
- ▶ Déchets chimiques et toxiques
- ▶ Emballages
- ▶ Déchets alimentaires
- ▶ Déchets industriels banaux
- ▶ Mégots de cigarettes

A noter que pour le tri de certains déchets, toutes les unités ne seront pas concernées dès le début du marché, (ex : papiers de bureau : Sédiac et CL 10 pour commencer – déchets alimentaires : self et cuisine-relai dans un premier temps) - Réalisé 2^{ème} trimestre 2022

Pilotage

- ▶ Responsable de la Logistique - DFCL
- ▶ Responsable service intérieur - DFCL

Personnes ressources :

- ▶ Prestataires retenus au marché

Calendrier

- ▶ 2^{ème} trimestre finalisé
- ▶ **1^{er} trimestre 2024** : Mise en place du tri des déchets papiers, biodéchets sur la clinique 7 – service test (Polynies, HJ Nouages, UPSA ...)
- ▶ **3^{ème} trimestre 2024** : Extension du tri pour l'ensemble des services de l'EPSM

Indicateurs de suivi

- ▶ Documents de traçabilité de collecte et destruction des déchets
- ▶ Tableau annuel de suivi des volumes collectés ou recyclés par type de déchets



FICHE ACTION N°2 : MISE EN ŒUVRE DU TRI DES DÉCHETS ALIMENTAIRES

Objectif : Organiser le tri des déchets alimentaires au restaurant du personnel et en cuisine-relai dans un premier temps, puis au sein des unités de soins dans un second temps.

Descriptif des étapes :

- ▶ Achat des équipements
- ▶ Etude de faisabilité (en interne et en lien avec le GIP Vitalys)
- ▶ Mise en œuvre



Pilotage

- ▶ Responsable de la Logistique - DFCL
- ▶ Responsable service intérieur - DFCL

Personnes ressources :

- ▶ Responsable Cuisine-relai
- ▶ Prestataire retenu au marché

Calendrier

- ▶ **2022** : Achat d'une table de tri des déchets pour le restaurant du personnel pour mise en œuvre du tri, y compris déchets de la cuisine-relai = [réalisée depuis le 01/07/2022](#).
- ▶ **1^{er} trimestre 2024** : Mise en œuvre du tri des déchets alimentaires dans les unités (services pilote = UPSA-Armor-Héol) de pédopsychiatrie (en associant les enfants et les adolescents)
- ▶ **2024/2025** : Généralisation du tri des déchets alimentaires à l'ensemble des unités de l'EPSM

Indicateurs de suivi

- ▶ Volume des déchets alimentaires collecté

[De septembre 2022 à septembre 2023 = 17,08 tonnes](#)

FICHE ACTION N°3 : TRI DES DÉCHETS PAPIER

Objectif : Organiser et mettre en œuvre le tri du papier au sein de l'EPSM.

Descriptif des étapes :

- ▶ Contenants papier – mise en place de poubelle bleu
- ▶ Définir le rôle de l'équipe du service de nettoyage, des ASH des unités
- ▶ Note d'information et diffusion de la procédure, rencontre des professionnels du Sédia et C10 au moment de la distribution des box de collecte



Pilotage

- ▶ Responsable de la Logistique - DFCL
- ▶ Responsable service intérieur - DFCL

Personnes ressources :

- ▶ Prestataires retenus au marché

Calendrier

- ▶ **2022** : Mise en œuvre du tri du papier au Sédia et à la CL10 depuis septembre 2022
- ▶ **1^{er} trimestre 2024** : tri papier clinique 7 – service pilote
- ▶ **2024** : Généralisation à l'ensemble des unités de l'EPSM

Modalités de suivi :

- ▶ 2023 : Audit interne avant déploiement de la procédure au Sédia et à la clinique 10

Indicateurs de suivi

- ▶ Volume du papier collecté
- ▶ De septembre 2022 à septembre 2023 = 1,6 tonnes

FICHE ACTION N°4 : RÉDUCTION ET MAÎTRISE DE LA CONSOMMATION DE PAPIER ET DES CONSOMMABLES INFORMATIQUES (CARTOUCHES D'ENCRE ET TONERS)

Objectif : Élaborer une politique de réduction de la consommation de papier conjointement à la mise en place du tri du papier au sein de l'EPSM (fiche action 3).

Descriptif des étapes :

- ▶ Paramétrage des photocopieurs et imprimantes (fonction recto/verso par défaut)
- ▶ Paramétrage fonction copie couleur et police de caractère
- ▶ Mise en place d'outils de maîtrise de la consommation papier et consommables informatiques

Pilotage

- ▶ Responsable de la Logistique - DFCL
- ▶ Responsable service intérieur - DFCL

Personnes ressources :

- ▶ Responsable service Informatique

Calendrier

- ▶ **2022 :** Paramétrage des photocopieurs et imprimantes Sédiciac et C10
- ▶ **2023 :**
 - ▶ Mener une réflexion sur la dématérialisation de documents
 - ▶ Audit interne (sur tablette)
- ▶ **2024 :**
 - ▶ Mise en place d'outils de maîtrise de la consommation papier et consommables informatiques
 - ▶ Généralisation à l'ensemble des unités de l'EPSM
 - ▶ Dématérialisation des documents

Indicateurs de suivi

- ▶ Relevé des compteurs des photocopieurs
- ▶ Suivi du volume de papier consommé
- ▶ Suivi des sorties de stock des consommables informatiques



FICHE ACTION N°5 : POLITIQUE ACHATS ÉCO-RESPONSABLES

Objectif : Intégrer des critères de développement durable pour certains segments d'achats.
A voir dans le cadre de la politique achat du GHT.



Descriptif des étapes :

- Intégration progressive de critères de développement durable dans les cahiers de charges des futurs marchés

Pilotage

- Directrice des achats du GHT de l'UHC
- Cellule Juridique des Achats – DRM du CHIC

Personnes ressources :

- Acheteurs du GHT de l'UHC
- ACH – Référent achat EPSM au sein du GHT de l'UHC

Calendrier

- **2022** : participation aux travaux régionaux sur le sujet au titre du territoire (CHIC)
- **2023** : implication dans la rédaction des cahiers des charges territoriaux en insistant sur ses valeurs de RSE

Modalités de suivi :

- Mise en œuvre d'une politique achat du GHT, permettant d'intégrer des critères de développement durable pour certains marchés

Indicateurs de suivi

- Nombre de marchés incluant des critères de développement durable - **En attente réponse CHIC**

FICHE ACTION N°6 : ACTIONS ÉCO RESPONSABLES

Objectif : Évaluation de l'existant / Élaboration d'un plan d'action

Sensibilisation des professionnels et des patients

Descriptif des étapes :

- ▶ Mise à jour du guide éco responsable
- ▶ Réalisation d'un bilan carbone
- ▶ Communication institutionnelle sur ces sujets

Pilotage

- ▶ Responsable de la logistique - DFCL
- ▶ TSH - DPAJ

Personnes ressources :

- ▶ Noël Vanderstock, Directeur, DFCL
- ▶ Sophie Fonteneau, Responsable de la Logistique

Calendrier

- ▶ 2^{ème} semestre 2022

Modalités de suivi

- ▶ 2022 : Audit interne
- ▶ 2023 : [Refuge LPO](#)
- ▶ 2024 : Elaboration d'un plan et communication : « Chiffre(s) du mois » dans le bulletin d'information.
Voir autres thématiques développement durable à communiquer dans le bulletin d'information : [Eco pâturage](#), mise en place de ruches, jardins thérapeutiques, pistes de déplacement doux ...

Indicateurs de suivi

- ▶ Suivi annuel des consommations d'énergies
- ▶ Suivi du plan d'actions après réalisation du bilan carbone
- ▶ Bilan carbone



FICHE ACTION N°7 : OPTIMISATION DU PARC AUTOMOBILE

Objectifs :

- ▶ Optimisation du parc automobile de l'EPSM
- ▶ Mise en œuvre du logiciel de réservation de véhicule KEYBOOSTER
- ▶ Développement des déplacements doux



Descriptif des étapes :

- ▶ Mise à jour de l'état des lieux du parc automobile (utilisation des véhicules et état du parc)
- ▶ Propositions d'actions d'amélioration afin de diminuer les véhicules thermiques
- ▶ Evaluation et amélioration du logiciel de réservation de véhicules
- ▶ Installation d'au moins deux boxes à vélo
- ▶ Achat de vélos électriques pour les déplacements interne

Pilotage

- ▶ Responsable de la Logistique - DFCL
- ▶ Responsable du garage - DFCL

Personnes ressources :

- ▶ Directions fonctionnelles
- ▶ Cadres Supérieurs de Santé et Chefs de Pôle

Calendrier

- ▶ **Septembre 2022** : état des lieux, 3 box à vélos, mise en place du logiciel Keyboosteur
- ▶ **2023** : mesure de l'âge du parc et plan d'action, attribution d'un véhicule électrique pour le vaguemestre
- ▶ **2024** : nouvelle analyse du parc et évolution de la politique d'achat (électrique, hybride, GPL, recensement du nombre de vélo nécessaire, mise en place d'une planification) - achat prévisionnel d'un vélo électrique pour le pôle PEA si local dédié

Modalités de suivi :

- ▶ Réalisation de l'analyse
- ▶ Evaluation du logiciel / Analyse des demandes d'achat
- ▶ Etat du parc automobile, nombre de véhicules

Indicateurs de suivi

- ▶ Etat du parc automobile, nombre de véhicules
- ▶ Suivi de la consommation de carburants
- ▶ Suivi du remplissage des carnets de bord
- ▶ Nombre de vélo acquis / Utilisation de box

FICHE ACTION N°8 : CO-VOITURAGE

Objectif : Étudier la faisabilité de mise en place d'un site de covoiturage à l'attention des professionnels de l'EPSM – Sensibiliser à la sécurité routière

Descriptif des étapes :

- ▶ Prise de contact auprès d'autres administrations, si outils déjà mis en place
- ▶ Adaptation des outils existants pour mise en œuvre sur l'EPSM
- ▶ Mise en place d'une journée annuelle sur sécurité routière et écoconduite

Pilotage

- ▶ Responsable de la Logistique - DFCL
- ▶ Responsable du parc automobile – DFCL
- ▶ DRH pour le covoiturage

Calendrier

- ▶ **2022 :**
 - ▶ Etude des possibilités et échanges au niveau territorial
 - ▶ Première journée Sécurité routière et écoconduite : journée programmée mais pas de participants suffisant pour la maintenir
 - ▶ Note d'information DRH sur le remboursement des frais de transports (vélo, trottinette électrique, covoiturage)
 - ▶ Projet site covoiturage (DRH) = trop coûteux
- ▶ **2023 :** Déploiement d'une solution : site covoiturage OuestGo (Bluekango)
- ▶ **2024 :** Evaluation et réajustement : nouvelle journée en programmation

Indicateurs de suivi

- ▶ Site opérationnel



BILAN D'EMISSION DE GAZ À EFFET DE SERRE (BEGES)

► Objectifs de l'étude

Concrètement, le BEGES est une méthode très exhaustive qui permet de repérer tous les postes de l'activité responsables d'émissions de Gaz à Effet de Serre et surtout d'identifier les principaux leviers sur lesquels il conviendra d'agir.

► Contexte réglementaire de la mission

Le RESAH a mandaté la société IOTHERM CONSEIL dans le cadre de la mise en place des dispositions du décret n°2011-829 du 11 juillet 2011 relatif au bilan des émissions de gaz à effet de serre. Ce décret fait suite notamment à deux axes de développement pris par la France :

- La Loi de Transition Energétique de 2015 pose des objectifs de réduction de 40% des GES d'ici 2030 ;
- L'objectif de neutralité carbone à horizon 2050, établi en 2017.

C'est donc dans ce contexte que l'EPSM a souhaité se soumettre à la réglementation en ce qui concerne ses émissions de GES et initier une démarche de réduction de celles-ci. L'objectif est donc d'évaluer son impact sur l'environnement, de donner et instaurer des solutions efficaces pour réduire cet impact et de suivre cette réduction sur la base d'indicateurs. Un autre enjeu de ce bilan est de donner des clefs pour affiner les prochains Bilans d'Emission de Gaz à Effet de Serre (BEGES).

Ce Bilan comporte une synthèse des actions prévues pour les trois années à venir, ainsi que des objectifs chiffrés de réduction globale des volumes d'émissions.

► Equipe projet – IOTHERM CONSEIL

Le bureau d'études en charge de l'étude est IOTHERM CONSEIL (Groupe MANERGY). L'équipe en charge de la mission apparaît ci-dessous :

- Sara El Helali, chargée d'affaires, en charge de l'étude.
- Antoine Duny, référent Carbone du Groupe MANERGY

► Equipe projet – EPSM

IOOTHERM CONSEIL, dans sa démarche, demande à avoir un interlocuteur privilégié au sein de l'entité concernée par l'étude. Cette personne coordonne les différentes échéances (réception des données, organisation des réunions d'avancement...) entre les différents services concernés par l'étude et facilite les interactions entre le bureau d'études et les membres de l'organisme audité. Le pilote du projet apparaît ci-dessous :

- Noël Vanderstock, Directeur de la direction des finances de la communication et de la logistique.
- M. Madec et Mme Combémoré, Direction du Patrimoine et des affaires juridiques.
- Mme Baranger et Mme Jaraud, Direction des affaires générales et de la patientèle.
- M. Bonnet, Mme Fonteneau, Mme Hénaff et Mme Penverne, Direction des finances, de la communication et de la logistique.
- Mme Le Frapper et Mme Guiffant, Direction des ressources humaines et service informatique.

Tous les autres services concernés par la récolte de données, les mesures de réduction, les sessions de sensibilisation font également partie de l'équipe projet de l'EPSM.

► PÉRIMÈTRE TEMPOREL - ANNÉE DE RÉFÉRENCE

La comptabilisation des émissions de GES de l'entité concernée doit se faire sur une année complète dite année de référence et constitue le périmètre temporel. Dans cette étude, l'année de référence prise en compte est l'année 2022.

Les gaz comptabilisés

Les gaz à effet de serre pris en compte dans le cadre de l'étude sont ceux décrits dans le protocole de Kyoto. Il s'agit des gaz suivants :

- Le dioxyde de carbone CO₂
- Le méthane CH₄
- Le protoxyde d'azote N₂O
- Les gaz de synthèse réfrigérants (HFC, PFC, SF₆)

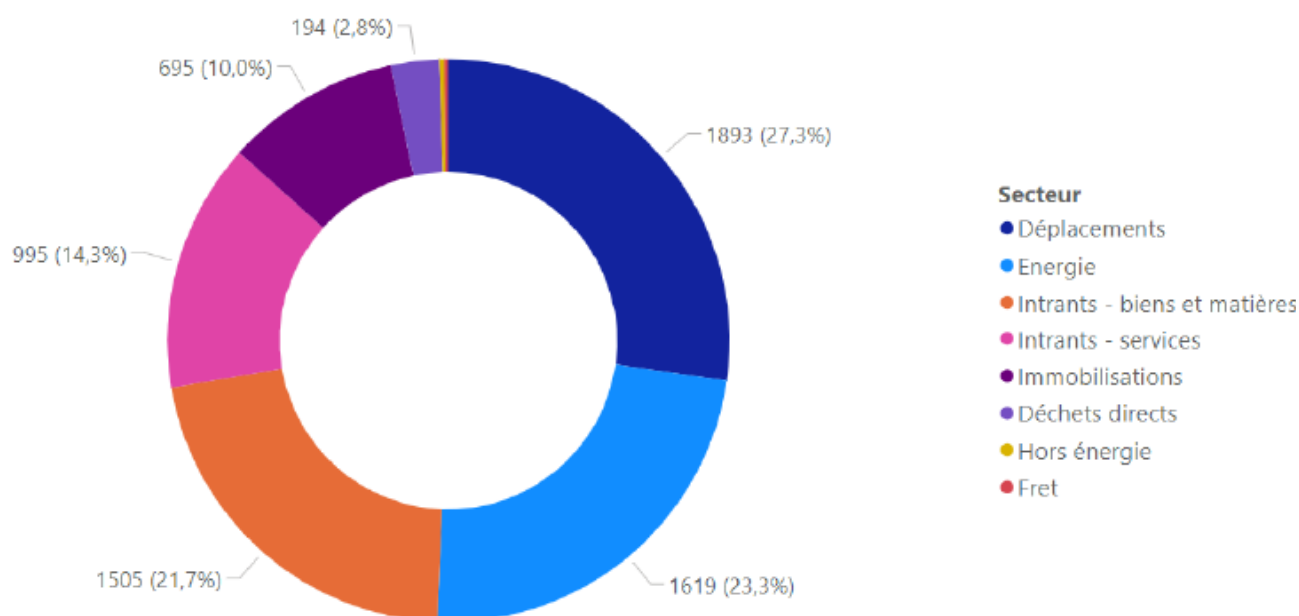
Résultats du bilan

► Périmètre de l'étude

- Année d'émission des GES : 2022
- Périmètre opérationnel : Catégories d'émission de 1 à 6
- Périmètre organisationnel : Ensemble de l'EPSM du Finistère Sud

► TOTAL DES ÉMISSIONS – EPSM FINISTÈRE SUD

Emissions de GES par poste d'émission, en tCO₂e et %



Le bilan des émissions de gaz à effet de serre de l'ensemble des sites de l'EPSM s'élève à : 6 941 tCO₂e

A l'image du système de santé français, la grande majorité des émissions de gaz à effet de serre de l'EPSM est due aux **déplacements** et plus précisément à ceux dus à l'utilisation de **véhicules thermiques**.

Nous remarquons que **le poste d'émissions lié aux déplacements représente le poste principal d'émission avec 27 % des émissions totales**. Ce poste regroupe les déplacements professionnels, les déplacements domicile-travail, et le déplacement des patients / visiteurs.

Le second poste d'émission de l'EPSM est le poste lié à l'énergie. Il regroupe les émissions liées aux consommations du gaz naturel, de l'électricité et du fioul. **L'énergie représente 23% des émissions totales de l'EPSM**.

Le troisième poste concerne **les achats des biens et matières** nécessaires au bon fonctionnement de l'EPSM (produits consommables, dispositifs médicaux ...). Il représente environ **22% des émissions globales**.

Ensuite, les émissions dues aux achats des services (blanchisserie, télécommunications, services postaux...) atteignent environ **14% du total**.

Les 4 derniers postes sont, dans l'ordre, les émissions liées à l'immobilisation (10% des émissions totales), la gestion des déchets de l'EPSM (3%), le fret (acheminement du linge, des repas et des biens) et l'utilisation du gaz réfrigérant pour la climatisation (< 0,5%).

En tenant compte de l'effectif moyen sur l'année 2022, le bilan global ramené à l'ETP s'élève à : **5,8 tCO₂e/ETP**.

Il en résulte une série d'actions à continuer ou mettre en place à l'aide desquelles une trajectoire envisagée de réduction d'émissions de GES a pu être établie.

L'ensemble des hypothèses prises pour les calculs de réduction sont les suivantes :

Catégorie d'émission	Hypothèses de réduction des actions
Gaz naturel	Par rapport aux consommations de l'année de référence 2012 : • 12% de réduction avec la pose des têtes thermostatiques • 10% de réduction avec l'équilibrage des réseaux de chauffage • 22% supplémentaire pour atteindre l'objectif de 40% en 2030 • Puis objectif de 50% en 2040 et 60% en 2050
Electricité	En attente des actions mises en place dans le cadre des audits énergétiques, une baisse correspondant aux exigences du décret tertiaire sont appliquées en prenant une date de début d'effets à 2024 et fin en 2030
Déplacements	-10% à horizon 203 puis -0,5% par an projetés jusqu'en 2050 pour l'ensemble des mesures listées ci-dessous : • Agrandissement constant des abris vélos anticipant une hausse de la demande • Mise en place de bornes de recharge électrique sur les parkings • Résultats des concertations avec la ville pour accès transport en commun et accès cyclables sécurisés (effets attendus à partir de 2030)
Restauration	Réduction de la consommation de viande et ajustement des menus : 10% de baisse à horizon 2030 puis baisse continue jusqu'en 2050 de 1% par an prévue en considérant une alimentation végétale rentrant de plus en plus dans les mœurs

L'objectif de réduction avec les actions chiffrables se situe à 6 064 tCO₂e (-13%) à horizon 2030 et à 4 610 tCO₂e (-19%) en 2050.

Amélioration de la collecte de données

La méthodologie Bilan Carbone® s'appuie sur un plan défini clairement par des étapes de réalisation. Cette méthodologie possède une articulation particulière avec le Système de Management des GES (SM-GES) ; il s'agit de l'amélioration continue. Pour ce faire, IOTHERM CONSEIL a établi une liste d'amélioration qu'il sera possible de faire sur la récolte de données pour, d'une part la faciliter, et d'autre part faire en sorte qu'elle soit plus précise et étoffée pour améliorer la qualité du BEGES.

Poste concerné	Proposition d'amélioration
Energie	Détenir des relevés plus précis en installant des sous compteurs dans les sites qui n'en sont pas équipés
Hors énergie	Mettre en place un suivi des recharges en gaz réfrigérants dans les circuits par type de gaz
Nourriture	Avoir un suivi plus fin des quantités en poids commandées par type de produit
Produits d'entretien	Réaliser un suivi des quantités de produits chimiques commandés par typologie pour détailler de manière plus précise la consommation et la quantifier
Produits de consommation divers	Exiger des fournisseurs qu'ils établissent une estimation de l'impact de leurs produits (Analyse de Cycle de Vie) pour les utiliser dans les bilans
Déchets	Faire un suivi des déchets par filières en quantifiant le tonnage et leur taux de valorisation
Fret	Exiger des transporteurs qu'ils communiquent l'impact GES des prestations de transport pour pouvoir évaluer plus précisément ce poste
Déplacements	Réaliser des enquêtes mobilités régulièrement pour évaluer l'évolution des habitudes de déplacement des employés et usagers entre leur domicile et le sites de l'EPSM
Immobilisations	Exiger des fournisseurs et entreprises de travaux qu'ils établissent une estimation de l'impact de leurs produits ou prestations de travaux pour les utiliser dans les bilans

Des préconisations d'actions

Hierarchisation des sources d'émission

Source d'émission	Emissions (tCO ₂ e)	Part dans le bilan	Incertitude
Gaz naturel	1425	22,88%	4%
Véhicules thermiques patients et visiteurs	1272	20,43%	70%
Blanchisserie	803	12,90%	15%
Repas carnés	673	10,81%	50%
Amortissement de bâtiments	378	6,07%	9%
Véhicules thermiques employés domicile travail	361	5,80%	61%
Café	327	5,25%	58%
Véhicules thermiques professionnels	252	4,05%	9%
Ordures ménagères	156	2,51%	50%
Matériel informatique	124	1,99%	26%
Electricité	114	1,83%	6%
Produits médicaux	112	1,80%	50%
Produits d'entretien	95	1,53%	80%
Eau minérale	90	1,45%	58%
Fioul	80,5	1,29%	4%

Plan d'actions ACHATS ET DÉCHETS

Source d'émission	Emissions (tCO ₂ e)	Part dans le bilan	Incertitude	Action	Hypothèses de réduction	Gains GES	Indicateurs à suivre
Blanchisserie	803	11,56%	15%	Proposer au prestataire de réaliser un audit énergétique	difficile à établir	difficile à estimer	tCO ₂ e/t de linge
				Réaliser des économies d'énergie dans le processus de lavage	20% de consommation de gaz en moins selon l'exemple du CH Périgueux	15 tCO ₂ e	tCO ₂ e/t de linge
Repas carnés	673	9,69%	50%	Adapter les menus de manière à ce que le contenu soit moins carné et proposer des alternatives végétariennes	20% de repas avec viande en moins et 20% repas végétariens en plus	125 tCO ₂ e	tCO ₂ e/repas
				Réduire le gaspillage (par exemple prise de commandes auprès des patients et adapter les quantités servies à la demande)	50% de pertes en moins	150 tCO ₂ e	tCO ₂ e/patient
Café	327	4,71%	58%	Réduire le gaspillage			tCO ₂ e/ETP
Ordures ménagères	156	2,25%	50%	Opter pour des fournisseurs de café éco-responsables (moyens de production et acheminement moins économes)	Voir avec le prestataire	difficile à estimer	tCO ₂ e/k€
				Mettre en place un suivi plus fin des ordures jetées	Dépend du type de déchet et de sa valorisation (recyclage, valorisation énergétique...)	difficile à estimer	tCO ₂ e/t jetées
Matériel informatique	124	1,79%	26%	Prestataires déchets qui garantissent taux de valorisation des déchets			tCO ₂ e/repas
				Travailler sur les achats responsables avec des fournisseurs qui proposent des solutions de seconde main ou reconditionnement	passer à 20% de réemploi	25 tCO ₂ e	tCO ₂ e/patient
Produits médicaux	112	1,61%	50%	Allonger la durée d'emploi et réparer	10% des appareils prolongés	10 tCO ₂ e	tCO ₂ e/ETP
				Réflexion sur la diminution des volumes d'achat : réduction des prescriptions, gaspillage et usage unique	Dépend de l'organisation possible en interne	difficile à estimer	tCO ₂ e/k€
Produits d'entretien	95	1,37%	80%	Promouvoir le nettoyage à l'eau/vapeur en diminuant la quantité de produits chimiques et indiquer des critères éco-responsable pour l'achat des produits restants	en réduisant de 20% l'utilisation des produits d'entretien	20 tCO ₂ e	tCO ₂ e/patient
				Réduire la consommation d'eau en bouteille	réduction de 50% de la consommation de bouteilles en plastiques	45 tCO ₂ e	tCO ₂ e/ETP

Plan d'actions ENERGIE

Source d'émission	Emissions (tCO ₂ e)	Part dans le bilan	Incertitude	Action	Hypothèses de réduction	Gains GES	Indicateurs à suivre
Gaz naturel	1425	22,88%	4%	Etudier la possibilité du raccordement au réseau de chaleur urbain	- 50 à -70 % en fonction de la source d'énergie utilisée dans le réseau de chaleur	712 tCO ₂ e	tCO ₂ e/kWh PCI
				Mettre des PACs dans les petites chaufferies du site (loin du réseau RCU)	70% d'émissions de CO ₂ en moins qu'une chaudière à gaz		tCO ₂ e/kWh PCI
				Mettre en place une GTC pour l'ensemble des systèmes techniques avec un suivi de température ambiante			tCO ₂ e/kWh PCI
				Solaire thermique pour l'eau chaude sanitaire			tCO ₂ e/kWh PCI
				Installer des compteurs thermiques par bâtiment pour avoir un suivi des consommations chauffage / ECS et une meilleure gestion			tCO ₂ e/kWh PCI
Electricité	114	1,83%	6%	Audit énergétique du site (pour optimiser et rénover les installations et l'enveloppe)			tCO ₂ e/kWh PCI
				Pompe à débit variable pour le chauffage			tCO ₂ e/kWh
				GTC de l'éclairage			tCO ₂ e/kWh
				Rénovation des systèmes de ventilation vétustes (CTA, VMC ...) en fonction du résultat d'audit			tCO ₂ e/kWh
				système photovoltaïque pour l'autoconsommation en été			tCO ₂ e/kWh
Fioul	80,5	1,29%	4%	Installer des compteurs électriques par bâtiment pour avoir un suivi des consommations électriques et une meilleure gestion			tCO ₂ e/kWh
				Eclairage LED avec capteurs de présence			tCO ₂ e/kWh
Fioul	80,5	1,29%	4%	Groupe électrogène à carburant HVO à base d'huile végétale	50 à 60% de réduction GES		tCO ₂ e/kWh
				Groupe électrogène à énergie verte (solaire)	0 émission GES		tCO ₂ e/kWh

Plan d'actions MOBILITÉ

Source d'émission	Emissions (tCO2e)	Part dans le bilan	Incertitude	Action	Hypothèses de réduction	Gains GES	Indicateurs à suivre
Véhicules thermiques patients et visiteurs	1272	20,43%	70%	Réaliser une enquête mobilité patients visiteurs Se rapprocher de la collectivité (accessibilité transports en communs, aménagements cyclables) Dimensionner des abris vélos et parkings vélos sur les sites	5% des patients et visiteurs se rendent sur sites en mode doux	65 tCO2e	tCO2e/patient tCO2e/jr d'hospitalisation tCO2e/séjour
Véhicules thermiques employés domicile travail	361	5,80%	61%	Réaliser une enquête mobilité domicile travail Se rapprocher de la collectivité (accessibilité transports en communs, aménagements cyclables) Inciter à l'utilisation du vélo : mise à disposition des vélos électriques et des kits cyclistes, mise en place d'abris vélos sécurisés pour les employés Inciter au covoiturage : places réservées, plateforme de mise en relation Développer le travail à distance	5% des employés se rendent sur sites en mode doux (5km A/R) 5% des employés pratiquent le covoiturage 5% de déplacements en moins	10 tCO2e 10 tCO2e 20 tCO2e	tCO2e/ETP tCO2e/ETP tCO2e/ETP
Véhicules thermiques professionnels	252	4,05%	9%	Réduire l'usage en optant pour d'autres modes de transport lorsque cela est possible Changer la flotte de véhicules thermiques par des véhicules électriques Installer des bornes de recharge électriques	Dépend de l'organisation possible en interne 25% de la flotte remplacer par véhicules électriques	difficile à estimer 45 tCO2e	tCO2e/ETP tCO2e/km tCO2e/km

DES ACTIONS IMPORTANTES DES SERVICES TECHNIQUES

► Optimisation du chauffage dans les différents bâtiments de l'établissement

- Pose de 570 têtes thermostatiques pour un cout de 0 €
- 200 000 € environ par an par rapport à 2021
- 500 tonnes de CO2 environ par an

► Isolation des planchers bas, calorifuge canalisations

- Isolation d'un plancher
- Isolation d'un réseau hydraulique de chauffage ou d'eau chaude sanitaire
- Isolation de points singuliers d'un réseau
- Consultation en cours

► Remplacement de douchettes et brise jets sur robinetterie

- Systèmes hydro-économes : 312 douchettes posées à 0 Euros

► Remplacement éclairage extérieur Led

- Installation de luminaire à modules LED : installation au premier trimestre

► Remplacement de menuiseries extérieures sur le bâtiment Sédiac

- Fenêtre ou porte-fenêtre complète avec vitrage isolant

► Rénovation et modernisation de nos chaufferies

- Etude en cours : objectif février 2024
- Intégration d'énergie renouvelable
- Objectif : – 10%
- Suppression de certains points de livraisons d'eau chaude inutile

► Réhabilitation de la C9

- Solaire thermique
- BBC à valider
- Etanchéité à l'air

10

PROJET DE COMMUNICATION

2023 - 2027

PRÉAMBULE

Pourquoi l'EPSM du Finistère Sud a-t-il besoin de communiquer ?

La communication est stratégique pour un établissement de santé. La rencontre est au cœur des relations soignant/soigné, services de soins, services administratifs, logistiques et techniques qu'elle permet d'améliorer par une meilleure connaissance des uns et des autres. Le soin apporté à une communication interne qui fédère les personnels permet de proposer une communication claire envers des usagers de plus en plus exigeants en matière d'information.

Communiquer, c'est valoriser l'image de l'établissement. Les personnels des établissements hospitaliers ont besoin d'être reconnus et de se reconnaître, dans un contexte de mise en œuvre des réformes qui bouleversent l'organisation des établissements de santé et qui induisent des changements culturels et institutionnels. La communication aide à donner de la cohérence et du sens.

Communiquer, c'est partager et porter de l'information, mais aussi des valeurs.

Communiquer, c'est faire preuve de transparence. C'est parler de tout ce qui est positif, sans pour autant occulter les difficultés.

Ces évidences sont à l'origine du développement de la communication (axe 7 du Projet médico-soignant 2022-2027).

Les différents types de communication de l'EPSM du Finistère Sud

► La communication vers les patients

Dans ce domaine, les informations à communiquer sont parfois délicates ou confidentielles, souvent spécialisées. **Les échanges se déroulent principalement entre les patients et le personnel médical.**

Le service communication a, ici, davantage un rôle de consultant, d'aide à la mise en forme de documents comme le livret d'accueil ou les plaquettes d'information.

► La communication externe

L'EPSM du Finistère Sud est un hôpital psychiatrique qui conserve une image négative, le grand public ayant bien souvent conservé une vision asilaire et une image stigmatisante du citoyen qui est hospitalisé. Il est donc important de **véhiculer une image juste, fidèle et valorisante de l'établissement**. Le changement de nom et de logo en fin d'année 2019 a été réalisé dans cette optique.

La communication externe vers le public non-patients permet le **positionnement de l'hôpital dans son environnement socio-économique, et de créer et entretenir son image** de marque. On retrouve dans ce type de communication les relations médias, l'évènementiel, les différentes publications (brochures, dépliants...), le site internet et les réseaux sociaux.

► La communication interne

La communication interne et la communication externe sont deux spécialités différentes, aux publics et aux finalités différentes, mais avec un champ commun qui implique entre ces deux axes une véritable synergie.

La communication interne consiste essentiellement à **réduire le cloisonnement entre les ser-**

vices et entre les groupes professionnels, à **mettre en évidence et valoriser la complémentarité des compétences**, à reconnaître les spécificités et les performances, à développer l'esprit d'initiative, à mobiliser les volontés de progrès, à favoriser la participation de tous aux processus d'évaluation et d'évolution de l'hôpital.

► **La communication de crise**

L'importance qu'un établissement accorde à une communication de crise est, pour le public, **le thermomètre de l'importance que la structure accorde à la crise** et à l'évènement qui l'a suscitée.

OBJECTIF #1 : DESTIGMATISER LA SANTÉ MENTALE EN PRÉSENTANT UNE OFFRE DE SOINS CLAIRE

Une meilleure connaissance et compréhension des soins en santé mentale permettent une approche plus facile par les usagers.

Les partenaires sont également mieux informés pour mieux orienter le public vers les lieux de soins adaptés.

Message : Offre de soins de l'EPSM du Finistère Sud

Cible : Grand public

Plan d'actions :

- Plaquette générale de l'établissement
- Plaquette par pôle
- Plaquette par unité/dispositif
- Film de l'établissement
- Site internet : étoffer les fiches «établissement»
- Stand d'information lors d'évènements publics à définir (ex : KempeR'ose)
- Développer les réseaux sociaux

Cible : Patients

Plan d'actions :

- Plaquette par pôle et par unité/dispositif

Message : Comprendre la psychiatrie et ses acteurs

Cible : Grand public

Plan d'actions :

- Évènementiel : SISIM
- Visibilité presse : faire un communiqué pour chaque nouveau dispositif
- Création de la commission culture et communication afin de parler du travail des soignants

Cible : Partenaires

Plan d'actions :

- Identifier et créer des liens avec les partenaires (MPT...)
- Envoi des plaquettes
- Faire du site internet une référence (améliorer référencement / mise à jour de contenu)

Message : Renforcer la nouvelle identité de l'établissement

Cible : Personnel de l'établissement

Plan d'actions :

- ▶ Faire la chasse au mauvais parlé (Gourmelen, CMPI pour parler du pôle PEA...)
- ▶ Etablir un lexique évitant les multiples désignations

OBJECTIF #2 : DÉVELOPPER UNE IMAGE POSITIVE DE L'ÉTABLISSEMENT

La psychiatrie et notamment l'établissement n'a pas une image fidèle à sa juste valeur.

Les équipes très dynamiques et très investies élaborent et participent à beaucoup de projets trop peu souvent mis en valeur.

L'idée : dire ce que l'on fait et être fier de notre travail et de l'établissement.

Message : Un établissement structuré : afficher notre professionnalisme

Cible : Grand public

Plan d'actions :

- ▶ Signatures de mail uniformisées
- ▶ Présentation Power Point
- ▶ Logo sur factures et devis
- ▶ Kakémonos (panneaux de présentation) pour les représentations extérieures
- ▶ Matériel pour la tenue de stand de prévention/information
- ▶ Faire des photos aériennes actuelles

Cible : Patients

Plan d'actions :

- ▶ Livret d'accueil / Règles de vie
- ▶ Chemises à rabats
- ▶ Identifier lieu d'affichage pour patients par unité
- ▶ Etre support dans la réalisation d'affiches et autres documents pour les départements supports (qualité, RH...)

Cible : Personnel de l'établissement

Plan d'actions :

- ▶ Mettre à disposition un « pack administratif » :
 - Papier en-tête / Charte graphique / Signature de mail
 - Présentation Power Point
 - Chemises à rabats...
- ▶ Refondre le livret d'accueil du personnel
- ▶ Fond écran généralisé
- ▶ Identifier des référents pour la diffusion de la communication (affichage)
- ▶ Identifier lieu d'affichage pour le personnel par unité / écran
- ▶ Annoncer les arrivées du personnel (définir qui envoie et à qui)

Cible : Grand public / Patients / Personnel de l'établissement / Partenaires

Plan d'actions :

- ▶ Signalétique (noms des bâtiments) à revoir. Confusion entre clinique, établissement, hôpital, unités, structures....

Message : Un établissement dynamique au service du soin

Cible : Grand public

Plan d'actions :

- ▶ Relais de l'actualité :
 - Site internet
 - Facebook / LinkedIn
 - Presse
- ▶ Mise en œuvre de colloques spécifiques pour faire rayonner l'établissement au niveau régional
- ▶ Mettre en avant les recherches médico-soignantes

Cible : Personnel de l'établissement

Plan d'actions :

- ▶ Rédaction ou aide à la mise en page de communiqués et dossiers de presse
- ▶ Relais de l'actualité :
 - Bulletin interne
 - Intranet BlueKango (notes de services et notes de fonctionnement)
 - Facebook / LinkedIn
 - Mails internes
 - Mail « La presse en parle »
- ▶ Création d'une commission culturelle et communication afin de faire le lien entre les professionnels de santé

Message : Un établissement soutenu par des partenaires

Cible : Partenaires

Plan d'actions :

- ▶ Faire un récapitulatif de l'année passée pour mettre en avant les partenaires
- ▶ Article dans la rubrique « Les partenaires » du site internet

Message : Un établissement qui s'inscrit dans une démarche éco-responsable

Cible : Grand public / Patients / Personnel de l'établissement / Partenaires

Plan d'actions :

- ▶ Valoriser les actions de Responsabilité sociétale des entreprises / de l'établissement (RSE)
- ▶ Proposer des goodies éco-responsables

Message : Maîtriser sa communication de crise

Cible : Grand public

Plan d'actions :

- ▶ Définir un plan d'urgence

- ▶ Lister les grands types de crise
- ▶ Rédaction d'éléments de langage
- ▶ Préparer un communiqué par type de crise

Cible : Personnel de l'établissement et référents communication de crise

Plan d'actions :

- ▶ Identifier les preneurs de parole
- ▶ Former les référents pour réagir en cas de crise
- ▶ Tester le fonctionnement de la cellule de crise

Cible : Personnel de l'établissement

Plan d'actions :

- ▶ Définir les canaux de la communication de crise
- ▶ Prévoir une communication régulière pour tenir le personnel informé de la situation

Cible : Partenaires

Plan d'actions :

- ▶ Lister les partenaires avec qui nous traiterons la communication de crise
- ▶ Lister les partenaires à tenir informés

OBJECTIF #3 : RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE L'EPSM

La psychiatrie n'est pas la spécialité la plus choisie en sortie d'études.

La crainte de ne pas avoir assez d'expérience dans le champ du somatique est la principale raison.

Message : Renforcer l'attractivité de manière générale

Cible : Personnel de l'établissement et nouveaux professionnels

Plan d'actions :

- ▶ Inviter les internes et les étudiants à une conférence par un spécialiste / personnalité + buffet/soirée
- ▶ Co-financement de projets menés par des étudiants IFPS

Message : Soigner l'accueil

Cible : Personnel de l'établissement et nouveaux professionnels

Plan d'actions :

- ▶ Créer un pack de bienvenue
 - tour de cou / chemise à rabats
 - autres... à définir

Message : L'établissement est un lieu de cohésion

Cible : Personnel de l'établissement

Plan d'actions :

- ▶ Évènements sportifs inter services
- ▶ Repenser le format des vœux de fin d'année
- ▶ Recherche clinique : mettre en lumière les travaux réalisés (aide à la réalisation de posters scientifiques...)

Message : La qualité de vie au travail est une valeur de l'établissement

Cible : Personnel de l'établissement et nouveaux professionnels

Plan d'actions :

- ▶ Développer des actions type « massages proposés par la MNH »
- ▶ Proposer et expérimenter des services autour du sport (cours de shiatsu, pilates...)
- ▶ Valoriser les carrières longues

Message : Un établissement engagé et éco-responsable

Cible : Personnel de l'établissement et nouveaux professionnels

Plan d'actions :

- ▶ Faire une page sur le site internet pour mettre en avant les actions qui répondent aux enjeux du développement durable

