



FONDATION BON SAUVEUR DE BÉGARD LE PROJET 2017-2021

Résolument proche, humain et innovant





“Aux côtés des professionnels et des représentants des usagers, la Fondation apporte une réponse inconditionnelle à nos concitoyens les plus vulnérables et les plus fragiles. Elle agit, innove et construit pour assurer leurs besoins de santé et d’accompagnement, au quotidien et au plus près. Nous répondons avec l’idée de nous adapter en permanence à l’évolution et à la nature de ces besoins. Nous avons construit plus qu’un projet d’établissement, c’est un projet de Fondation. La Fondation est présente là où des personnes ont besoin de ses concours.”

Roland Ollivier,

Président de la Fondation Bon Sauveur de Bégard

bienveillance
respect
professionnalisme
tolérance
écoute
dialogue
engagement

Nous sommes une Fondation qui fédère et diffuse. Forts du rôle que nous devons jouer, nous affirmons et partageons nos compétences sur le territoire. Nous rayonnons pour et par le service que nous rendons. Notre projet est plus que le projet d'un établissement, il est celui, global et partagé, de toute une Fondation. Il traduit en moyens et en actions toutes les dimensions de nos compétences dans les différents domaines et champs de la santé mentale, de l'accompagnement médico-social et social. En évoluant en confiance avec les autorités de régulation, la Fondation est en phase avec les orientations régionales et départementales et prend sa juste place.

Les dimensions d'un projet de transformation

Avec ce nouveau projet, nous accélérons un processus qui était déjà engagé. Il est ouvert sur le territoire, ouvert à la population, ouvert à tous les partenariats et aux idées qui l'enrichissent et lui

donnent plus de force et d'efficacité. Il est plus proche aussi avec des services créés au plus près du domicile et au plus près des femmes et des hommes.

Nous affirmons ainsi une vision de la santé centrée davantage sur la personne qui évolue et pour laquelle il ne faut pas de rupture. Le soutien à la santé mentale doit s'exercer dans toutes les villes avec lesquelles nous travaillons, en lien avec le monde libéral, en s'associant les compétences d'autres partenaires, en créant des espaces qui favorisent l'autonomie.

L'exercice des valeurs pour moteur

Pour qui et pourquoi sommes-nous là ? L'idée est toujours de vivre, faire vivre et partager les valeurs de la congrégation des Filles du Bon Sauveur en sachant leur apporter toute leur modernité. L'empreinte

ici n'est pas confessionnelle, ce sont des valeurs universelles, elles stimulent cohésion et cohérence à la Fondation. Elles n'expriment pas un esprit de système, c'est notre histoire et nous savons en prendre compte avec notre sens de l'innovation. Respect, bienveillance, tolérance, professionnalisme, écoute et engagement : ces valeurs sont à la fois notre essence même, elles sont autant d'éléments fédérateurs, elles sont, mieux encore, les atouts

partagés qui déterminent notre positionnement dans le concert des acteurs de la santé mentale et de l'accompagnement sanitaire, social et médico-social. Elles sont le point majeur autour duquel s'articule notre projet, là où se partage notre ambition commune, là où s'exprime notre culture commune.

Un projet stratégique, entrepreneurial et d'avenir


Anticiper et non pas subir. Aujourd'hui, nous pouvons encore le faire. D'ailleurs la Fondation dit ce qu'elle fait et fait ce qu'elle dit. Ainsi, ce projet pour les cinq années à venir, alors qu'il associe dans une même démarche

le Conseil d'administration, les professionnels et les représentants des usagers, tire ses forces et son sens dans la prise de responsabilité de chacune et chacun dans une destinée commune. La haute conscience professionnelle des équipes, la pertinence et les actions du Forum Citoyen et des commissions des usagers tout comme l'investissement des membres du Conseil d'Administration, ont servi la construction même du projet, et vont permettre de suivre ses recommandations dans la durée.

C'est dans notre capacité à déployer une approche adaptative et non défensive, à être agile et ouvert que nous pourrions affirmer dans cinq ans le visage d'une Fondation qui a changé en mieux pour un meilleur service. Nous sommes et resterons un partenaire fiable, loyal, évolutif sur un vaste territoire, un opérateur en mesure aussi d'apporter un appui à des organisations plus fragiles, un opérateur en capacité de jouer, voire de créer, le jeu des convergences et des complémentarités harmonieuses et équilibrées. Nous présentons un projet d'entreprise partagé, lucide et pragmatique. Il envisage toutes les contraintes qui émergent et les obligations de choix et d'arbitrage. Il saura saisir toutes les opportunités qui se présenteront, il saura aussi continuer de les inventer et toujours innover.

Roland Ollivier

Président de la Fondation
Bon Sauveur de Bégard



Savoir inventer
et prendre sa juste place

Le Projet de la Fondation Bon Sauveur de Bégard

1 - PRÉAMBULE

- A - Les valeurs de la Fondation Bon Sauveur de Bégard
- B - Méthodologie d'élaboration du projet

Présentation de la Fondation

P.13

- A - Gouvernance
- B - Organigramme de la Fondation Bon Sauveur
- C - Instances de la Fondation Bon Sauveur
- D - Situation géographique
- E - Pôle de santé mentale
- F - Pôle social et médico-social

Le contexte du territoire - déterminants de santé

P.29

- A - La population desservie et ses besoins de prise en charge
- B - Les politiques publiques et attentes des usagers
- C - Positionnement de la Fondation sur son territoire
- D - Bilan des forces et faiblesses de la Fondation Bon Sauveur

2 - LE PROJET DES USAGERS

La vision des usagers, de la population et leurs propositions

P.41

- A - La prise en charge des patients
- B - La prise en charge spécifique de l'autisme
- C - Le fonctionnement de l'Institution

3 - LE PROJET QUALITÉ GESTION DES RISQUES

- A - La structuration de la démarche qualité et gestion des risques **P.48**
- B - Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) **P.50**
- C - Les orientations et les objectifs **P.50**
- D - Les grandes orientations 2017-2021 du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) **P.53**

4 - LE PROJET MÉDICAL

Les activités médicales **P.58**

Le Département d'Information Médicale (DIM) **P.58**

- A - Préambule : les missions du Département d'Information Médicale (DIM)
- B - Bilan de l'existant
- C - Perspectives

Le plan d'actions **P.60**

- A - Axe 1 : Faciliter l'accueil, le diagnostic, l'orientation et les soins dans une logique de parcours du patient sur tout le territoire
- B - Axe 2 : Constituer deux pôles de psychiatrie adultes et consolider le pôle de psychiatrie infanto-juvénile
- C - Axe 3 : Répondre aux déterminants de santé publique du territoire : prévention du suicide, gérontopsychiatrie, addictologie, tabacologie et précarité

- D - Axe 4 : Consolider les prises en charges spécifiques notamment en matière d'autisme, d'Éducation Thérapeutique du Patient, d'approches systémiques, d'électroconvulsivothérapie
- E - Axe 5 : Garantir la qualité de la prise en charge médicale
- F - Axe 6 : Améliorer la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes
- G - Axe 7 : Renforcer le partenariat avec le Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor
- H - Axe 8 : Participer à l'élaboration du Projet Départemental de Santé Mentale (PDSM) en lien avec le Groupement de Coopération Sanitaire et les acteurs du champ social et médico-social
- I - Axe 9 : Étudier la possibilité d'implanter des lits de psychiatrie au sein de l'hôpital général

5 - LE PROJET DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

- A - Organigramme de la Direction des Soins et du Pôle Social et Médico-Social
- B - Parcours de soins et d'accompagnement
- C - Mission de la Direction des Soins en matière de coopération, de formation et de tutorat

P.104

P.105

P.106

Les 8 parcours de soins et dispositifs se déclinent de la manière suivante :

- A - Parcours de soins ambulatoires sans recours à l'hospitalisation (adultes, enfants, adolescents)
- B - Réponse à l'urgence au niveau des enfants, adolescents et adultes
- C - Prise en charge des hospitalo-requérants, hospitalo-dépendants
- D - Accueil, prise en soin et accompagnement hospitaliers

P.106

- des patients en soins libres et sans consentement
- E - Accueil et prise en charge en psychogériatrie
- F - Accueil et prise en charge des conduites addictives
- G - Prise en charge du suicide
- H - Parcours articulés entre le soin et l'accueil social et médico-social

Les 9 dispositifs transversaux

P.126

- A - Le comité éthique
- B - La prise en charge psychologique
- C - Le service social en psychiatrie
- D - La prise en charge nutritionnelle : alimentation et activités physiques
- E - La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)
- F - L'administration du médicament
- G - Le service socio-thérapeutique et socio-culturel
- H - Réhabilitation sociale : les passerelles vers l'autonomie - type « 3 logis »
- I - Information et documentation / archives

6 - LE PÔLE SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Orientations stratégiques

P.151

- A - Améliorer la qualité de l'accompagnement dans les établissements et services
- B - Apporter une réponse inclusive adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne en situation de handicap
- C - Se doter d'une organisation efficiente au service des personnes accompagnées

Ouverture et partenariat

P.152

Dispositifs

- A - Maison d'Accueil Spécialisée : maison des roseaux
- B - Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- C - EHPAD - Résidence de l'Abbaye
- D - Foyer de Vie de Lanvollon - Résidence Henri Terret
- E - Foyer d'Accueil Médicalisé - Maison des Fontaines

P.153

7 - PROJET SOCIAL

- A - Promouvoir la qualité de vie au travail **P.173**
- B - Préserver la santé et la sécurité au travail, améliorer la prévention des risques professionnels **P.174**
- C - Détecter, adapter et enrichir les compétences des professionnels (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences) **P.176**
- D - Communication et dialogue social **P.178**

8 - SCHÉMA DIRECTEUR DU SYSTÈME D'INFORMATION

Enjeux et contraintes

- A - Les éléments de contexte
- B - Le bilan de l'existant

P.182

Orientations majeures du système d'information

- A - Ressources et compétences de la Direction du Système d'Information et de l'Organisation (DSIO)
- B - Gouvernance et pilotage du système d'information
- C - Le domaine fonctionnel
- D - Le domaine technique
- E - La sécurité du système d'information
- F - Informatique et libertés

P.184

9 - PROJET LOGISTIQUE, ÉCONOMIQUE, HÔTELIER ET DE SÉCURITÉ

Projets immobiliers

P.188

- A - Reconfigurer le site de Bégard
- B - Rapprocher l'implantation des structures extra-hospitalières des hôpitaux de soins généraux et poursuivre la modernisation de ces dernières
- C - Poursuivre la rénovation / reconfiguration des locaux des structures médico-sociales

Service technique / sécurité

P.192

Services hôteliers et généraux

P.193

- A - Achats
- B - Cuisine centrale
- C - Lingerie
- D - Magasin
- E - Dispositifs médicaux
- F - Hygiène hôtelière
- G - Transports

Développement durable

P.195

- A - Achats
- B - Technique
- C - Immobilier
- D - Cuisine
- E - Espaces verts
- F - Déchets
- G - Parc automobiles

10 - LE PROJET CULTUREL

Finalité	P.199
Objectif général	P.199
Dispositif	P.200

11 - LE PROJET COMMUNICATION

Finalité	P.203
Objectif général	P.203
Dispositif	P.204

12 - PROJET D'OPTIMISATION DES MOYENS FINANCIERS

Les axes stratégiques	P.211
A - Axe 1 : Préserver l'équilibre financier tout en accompagnant financièrement les différents projets d'investissement	
B - Axe 2 : Mise en place d'un pilotage médico-économique	
C - Axe 3 : Contrôle interne / transparence financière	
D - Axe 4 : Accompagnement des changements législatifs et réglementaires	

13 - CONCLUSION

P.219

14 - ANNEXES

Annexe 1 P.222

- A - Valeurs et principes d'action spécifiques de la Fondation
- B - Ambitions de la Fondation

Annexe 2 - La philosophie du soin P.226

- A - Les valeurs fondatrices guident l'action des professionnels
- B - La prise en compte des besoins des patients et des résidents du territoire
- C - Un certain nombre de concepts donnent du sens à nos actions
- D - Des métiers et compétences en évolution

Annexe 3 - Bilan du projet de soins et d'accompagnement 2012/2016 P.231

Annexe 4 - Observatoire d'électroconvulsivothérapie P.234

- A - Justification / contexte
- B - Objectifs
- C - Méthode d'observation
- D - Origine et nature des données nominatives
- E - Mode de circulation des données
- F - Méthode d'analyse des données

Annexe 5 - Projet des usagers : recommandations détaillées P.237

- A - La prise en charge du « patient »
- B - La prise en charge spécifique de l'autisme
- C - Le fonctionnement de l'Institution



Fondation Bon Sauveur : une œuvre collective

La Fondation affiche une véritable originalité aujourd'hui. C'est un acteur exemplaire de l'économie sociale et solidaire. Son but non lucratif et l'exercice de ce système économique, renvoient aux valeurs fondatrices de la Fondation. Pour autant, elle s'inscrit avec force dans l'écosystème territorial, dont elle est l'un des plus gros employeurs et un acteur économique primordial en exécutant un budget annuel de 50 millions d'euros.

Une approche collective et décloisonnée

L'élaboration du projet de la Fondation pour 2017-2021 s'est concrétisée dans un véritable travail de décloisonnement.

La méthode appliquée, sans réserve, de la culture et de l'expression

d'un travail en commun, a justement situé la réflexion aux confins du social, du médico-social et du sanitaire, sans aucune dichotomie. Le rôle des usagers, avec notamment, l'organisation d'un Forum Citoyen et la prise de conscience de l'impact concret que la Fondation a sur les familles accentuent l'intérêt de la démarche.

Les vertus de l'ouverture

La démarche participative et transversale a su aussi intégrer toutes les strates concernées des personnels, de leurs représentants et des partenaires. C'est comme

cela que ce nouveau projet met l'accent sur des efforts d'organisation interne, sur l'accueil et l'orientation en lien avec les partenaires extérieurs et en articulation équilibrée, dans l'espace du projet territorial de santé, avec les hôpitaux généraux et les secteurs social et médico-social.

Au-delà du développement de l'extrahospitalier [équipes mobiles, prise en charge par les hôpitaux généraux], les partenariats s'exercent à tous les niveaux : qu'il s'agisse des actions liées à l'autisme ou aux addictions, de la recherche et de la formation en lien avec l'enseignement supérieur [UCO / études épidémiologiques], ou encore des dispositifs de formation assurés par la Fondation.

Pascal Conan

*Directeur Général de la Fondation
Bon Sauveur de Bégard*

Préambule

A - Les valeurs de la Fondation Bon Sauveur de Bégard	10
B - Méthodologie d'élaboration du projet	11

PRÉSENTATION DE LA FONDATION

A - Gouvernance	13
B - Organigramme de la Fondation Bon Sauveur	14
C - Instances de la Fondation Bon Sauveur	15
D - Situation géographique	16
E - Pôle de santé mentale	16
1. Composition des pôles	18
2. Activités	23
F - Pôle social et médico-social	28
1. EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)	28
2. FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)	28
3. MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)	28
4. Foyer de Vie	28
5. SAVS et SAMSAH (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)	28
6. E.M.I.A. 22 (Équipe Mobile d'Intervention pour adultes Autistes)	28

LE CONTEXTE DU TERRITOIRE - DÉTERMINANTS DE SANTÉ

A - La population desservie et ses besoins de prise en charge	29
1. Données démographiques	30
2. Données socio-économiques	30
B - Les politiques publiques et attentes des usagers	36
1. Les politiques publiques	36
2. Les attentes des usagers	37
C - Positionnement de la Fondation sur son territoire	38
D - Bilan des forces et faiblesses de la Fondation Bon Sauveur	38
1. Les forces	38
2. Les faiblesses	39

La Fondation Bon Sauveur de Bégard étend son action auprès d'une partie de la population des Côtes d'Armor (240 000 habitants répartis sur 10 cantons) depuis près de 160 ans (date de création du Centre Hospitalier). Cette expérience lui confère une aptitude reconnue à suivre l'évolution des besoins des patients, des résidents et de leur entourage. Cette longévité témoigne de la capacité de la Fondation Bon Sauveur à s'adapter aux enjeux démographiques, environnementaux, technologiques, juridiques, financiers, toujours dans l'esprit humaniste de ses fondateurs.

Ce nouveau projet 2017 - 2021 s'appuie sur des valeurs partagées depuis des années par les différents acteurs de l'Institution.

A - LES VALEURS DE LA FONDATION BON SAUVEUR DE BÉGARD



Forte de près de 900 salariés, la communauté humaine que constituent les personnels se reconnaît dans les valeurs défendues par le Conseil d'Administration, les représentants des usagers, les professionnels et les usagers : **respect, bienveillance, tolérance, professionnalisme, écoute, dialogue et engagement.**

Dotée d'un budget annuel de fonctionnement de plus de 50 millions d'euros de fonds publics, la Fondation Bon Sauveur de Bégard, reconnue d'utilité publique, est un acteur économique majeur qui participe au service public hospitalier et en garantit les principes de neutralité, d'accessibilité, de non lucrativité et de continuité.

L'ÉTHIQUE HUMANISTE EST À LA BASE DES ACTIONS MENÉES PAR LA FONDATION BON SAUVEUR

- L'Humain est au centre de toutes les attentions, il est acteur de sa destinée,
- Le partage, l'intérêt pour l'autre, l'esprit d'ouverture et la compréhension sont essentiels,
- Toutes les personnes sont à égalité de dignité,
- Chacun a le droit à la liberté d'opinion et au bien-être, à la capacité d'apprendre et d'évoluer tout au long de sa vie,
- Le questionnement, l'esprit critique, la recherche systématique de l'intérêt des personnes, guident les décisions et les comportements de tous ceux qui sont impliqués dans l'accompagnement et le soin.

Par ailleurs, en tant qu'acteur de santé non lucratif, la Fondation Bon Sauveur n'a pas le bénéfice financier comme objectif. Ainsi, quand elle génère des excédents, ceux-ci sont réinvestis en totalité, et après acceptation des autorités de tarification, dans l'amélioration du service rendu aux personnes accueillies.

Chaque année, près de **11 000 patients et 300 personnes en situation de handicap ou personnes en situation précaire** sont pris en charge au Centre Hospitalier, dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les hôpitaux de jour, les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), dédiés aux enfants, adolescents et adultes, à la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), au Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), à l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), au Foyer de Vie, au Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), au Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

La Fondation se veut ouverte à son environnement. Elle est un acteur important dans la mise en œuvre des politiques publiques sur son territoire, répondant en cela à la notion de parcours des personnes prises en charge et accompagnées. De nombreuses coopérations avec ses partenaires politiques (élus), institutionnels (groupements de coopérations), administratifs (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens), associatifs sont développées...

Dans le cadre de ce projet, les valeurs de la Fondation Bon Sauveur de Bégard se déclinent selon trois axes qui mettent en exergue, quel que soit le contexte, l'accueil et l'accompagnement de la personne recourant à ses services :

- L'accueil est réalisé dans le souci d'écouter la personne en proposant un accompagnement adapté à sa situation dans le respect des bonnes pratiques et de la sécurité des soins.



Françoise Fiaut-Matelot
Vice-Présidente de la Fondation
Bon Sauveur de Bégard



- Les professionnels agissent avec respect et professionnalisme : ils privilégient l'écoute, la neutralité, la participation de la personne à sa prise en charge. Le travail d'équipe constitue la base de l'action des professionnels de la Fondation tant ils considèrent que la pluralité et le partage favorisent l'émergence de prises en charge et de parcours de soins adaptés.
- La notion de bienveillance, prônée par le Conseil d'Administration, se traduit par une volonté de «prendre soin» au sens de porter une attention particulière à la personne en vue d'améliorer sa santé et son bien-être. L'alliance thérapeutique et le projet d'accompagnement personnalisé sont basés sur les fondements de la relation avec les usagers.

Les usagers occupent une place centrale dans ce projet. L'organisation d'un Forum Citoyen dont les recommandations sont présentées, en est aussi la preuve originale. Les usagers sont présents au Conseil d'Administration, dans les différentes commissions et groupes de travail, la Commission Des Usagers est présidée par une représentante des usagers.

C'est la raison pour laquelle le projet de la Fondation commence par la présentation du projet des usagers.

B - MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET



Ce nouveau projet de la Fondation Bon Sauveur de Bégard traduit la volonté de l'Institution de mieux coordonner sa réflexion, de décroiser les secteurs sanitaires et médico-sociaux, et ses différentes actions dans les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ainsi, ce projet, pour la première fois, concerne l'ensemble des établissements et leurs professionnels.

Une fois le comité de pilotage constitué, les différentes instances, les responsables de pôles ainsi que des groupes de travail participatifs se sont réunis à de nombreuses reprises et ont permis d'élaborer collectivement ce nouveau projet qui est donc le fruit d'une **démarche participative**.

Nous avons co-construit un projet de fondation qui, en réalité, est un projet de parcours patient dans lequel chaque composante a un rôle déterminant à jouer.

Ce projet est, par conséquent fédérateur, rassembleur et a l'intelligence d'un collectif déterminé qui sait et saura s'adapter et saisir rapidement toutes les opportunités.



L'ÉLABORATION A RESPECTÉ LES QUATRE PHASES SUIVANTES :



MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET

PROJET FONDATION

Valeurs de la Fondation Bon Sauveur de Bégard

Attentes et projets des usagers

Projet qualité et gestion des risques

Projet du pôle social et médicosocial

Projet médical et soignant

Projet des services de soutien

Fiches projet/action

PROJETS DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Projet des établissements pour personnes en situation de handicap (FAM, MAS, Foyer de Vie)

Projet de l'établissement pour personnes âgées (EHPAD)

Projet du SAVS/SAMSAH

Projet du CSAPA

PROJETS DES UNITÉS

Projets de pôles

Projets de services

Projets individuels

FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

PRÉSENTATION DE LA FONDATION

A - GOUVERNANCE

La Fondation Bon Sauveur de Bégard est une Fondation reconnue d'utilité publique publiée au Journal Officiel le 26 avril 1988.

Elle est administrée par un Conseil d'Administration composé de membres fondateurs, qui poursuivent l'œuvre entreprise en 1857 par la Congrégation des filles du Bon Sauveur de Caen, d'un représentant du Préfet, de membres cooptés, de représentants d'usagers*.

Les statuts de la Fondation précisent qu'elle a pour but d'accompagner, de soigner les personnes les plus démunies, porteuses de handicaps ou en souffrance psychique. Elle développe une offre de soins et d'hébergement tant hospitalière qu'ambulatoire, médico-sociale que sociale.



La Fondation adhère à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés (FEHAP) non lucratifs qui allient la mission de service public et un mode de gestion privée pour l'intérêt collectif. Les missions d'intérêt général et d'utilité sociale des établissements sont les suivantes : garantir l'accès aux soins, la prise en charge et l'accompagnement de tous, assurer la permanence et la continuité des soins,

la prise en charge tout au long de la vie de différentes pathologies, handicaps et de la perte d'autonomie.

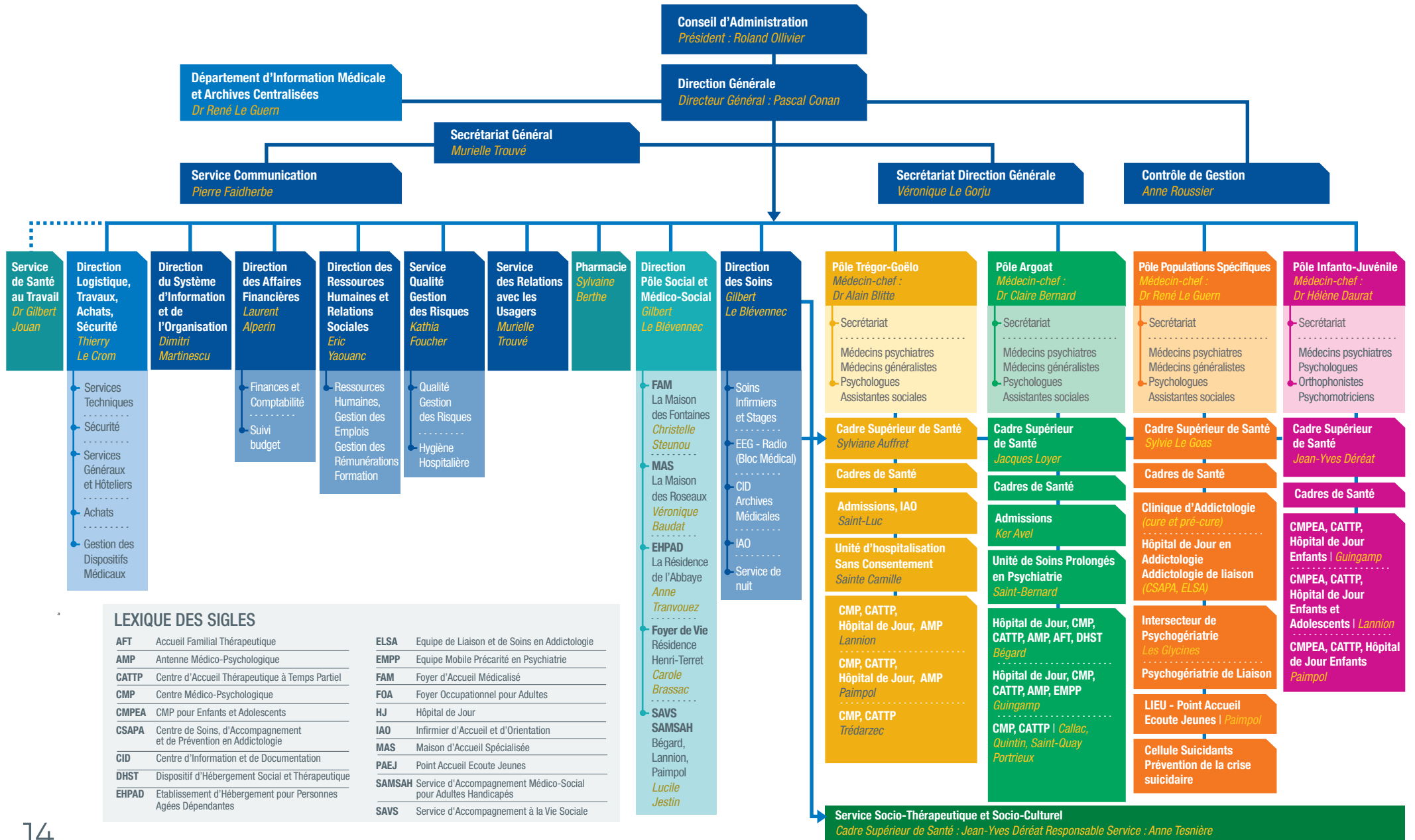
La Fondation est adhérente à l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) avec qui elle partage des valeurs d'humanisme.

Composition du Conseil d'Administration et du Bureau au 1^{er} novembre 2017 :

Monsieur Roland OLLIVIER	Président	Sœur Rita HIGGINBOTHAN	Administrateur
Madame Françoise FIAUT-MATELOT	Vice-Présidente	Sœur Marguerite SCOLAN	Administrateur
Monsieur Patrick SIMON	Trésorier	Monsieur Jacques WOLF	Administrateur
Monsieur Marc LE HOUEROU	Secrétaire	Monsieur Jean-Yves LE BIHAN	Administrateur
Monsieur Dominique LECOMTE	Trésorier adjoint	Monsieur Philippe GENEST	Administrateur
Monsieur Paul BARRET	Secrétaire adjoint	Madame Marie-Françoise QUINTON	Administrateur

* Les statuts de la Fondation Bon Sauveur de Bégard sont en cours d'actualisation. La Fondation sera alors composée de trois collèges : un collège des membres fondateurs, un collège des personnes qualifiées, un collège des partenaires institutionnels

B - FONDATION BON SAUVEUR | ORGANIGRAMME DE FONCTIONNEMENT



LEXIQUE DES SIGLES

AFT	Accueil Familial Thérapeutique	ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
AMP	Antenne Médico-Psychologique	EMPP	Equipe Mobile Précarité en Psychiatrie
CATT	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
CMP	Centre Médico-Psychologique	FOA	Foyer Occupationnel pour Adultes
CMPEA	CMP pour Enfants et Adolescents	HJ	Hôpital de Jour
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
CID	Centre d'Information et de Documentation	MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
DHST	Dispositif d'Hébergement Social et Thérapeutique	PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
		SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

C - INSTANCES DE LA FONDATION BON SAUVEUR

LA GOUVERNANCE

Conseil d'Administration

Président : M. Roland Ollivier

Direction Générale

Directeur Général : M. Pascal Conan

Commission de Surveillance

Président : M. Gérard Le Caër

INSTANCES TRANSVERSALES

Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales - CLIN
Présidente : Dr Isabelle Cadran

Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles - COMEDIMS
Présidente : Mme Sylvaine Berthe

Comité de Liaison en Alimentation et en Nutrition - CLAN
Présidente : Dr Simona Vidrascu

Comité de Lutte contre la Douleur - CLUD
Présidente : Dr Marianna Kurghinyan

Comité Ethique
Coordinatrice : Mme Sylvie Lemonnier

Commission de Coordination d'Education Thérapeutique du Patient
Référente : Mme Sylvaine Berthe

Commission Culturelle
Référente : Mme Murielle Trouvé

INSTANCES REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL - IRP

Comité d'entreprise - CE
Président : M. Pascal Conan

Délégués du Personnel : DP

Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail - CHS-CT
Président : M. Pascal Conan

INSTANCES DU CENTRE HOSPITALIER

Commission Médicale d'Établissement CME
Président : Dr René Le Guern

Commission du service des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques - CSIRMT
Président : M. Gilbert Le Blévenec

Commission des Usagers - CDU
Présidente : Mme Sylviane Guyomarc'h

Comité Qualité :
Présidents :
M. Pascal Conan, Directeur Général
M. René Le Guern, Président de la Commission Médicale d'Établissement

INSTANCES MÉDICO-SOCIALES

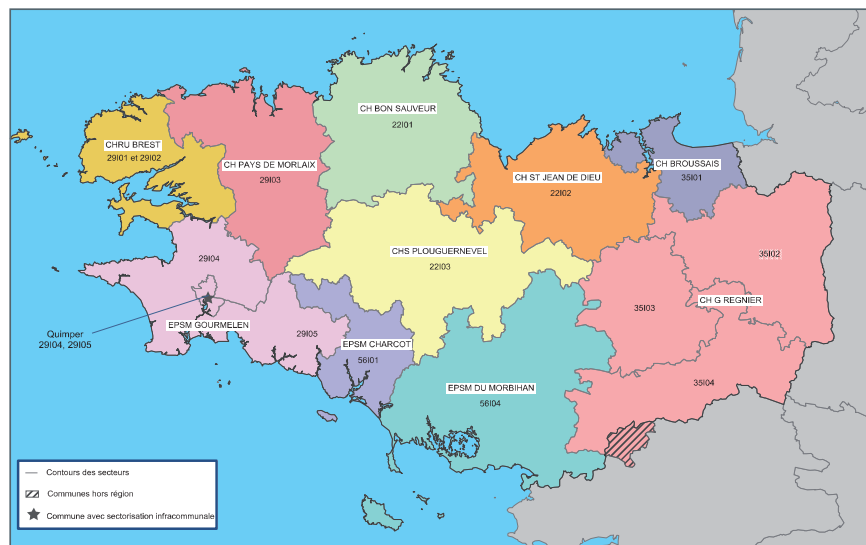
Commission d'Admission 1 par établissement
Président : M. Gilbert Le Blévenec

Conseil de Vie Social - CVS 1 par établissement
Présidents :
Mme Marie-Ange Bléjean, EHPAD
(co-président : M. Jean-Noël Bléjean)
M. Christian Petitbon, FAM
Mme Claudine Thos, MAS
Mme Marie Broudic, Foyer de Vie
M. Loïc Nicolas, SAVS/SAMSAH

D - SITUATION GÉOGRAPHIQUE

La Fondation Bon Sauveur gère :

- d'une part, l'offre en psychiatrie du Nord-ouest des Côtes d'Armor sur le territoire de santé « Saint-Brieuc ; Guingamp ; Lannion ». L'ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) maille son territoire au travers de dispositifs de soins de liaison et ambulatoires,
- d'autre part, dans un souci d'évolution de prise en charge de la population, la Fondation a développé des réponses dans le secteur social et médico-social...



Source : enquête ARS auprès des établissements psychiatriques 2014
Réalisation ARS Bretagne, mars 2015
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

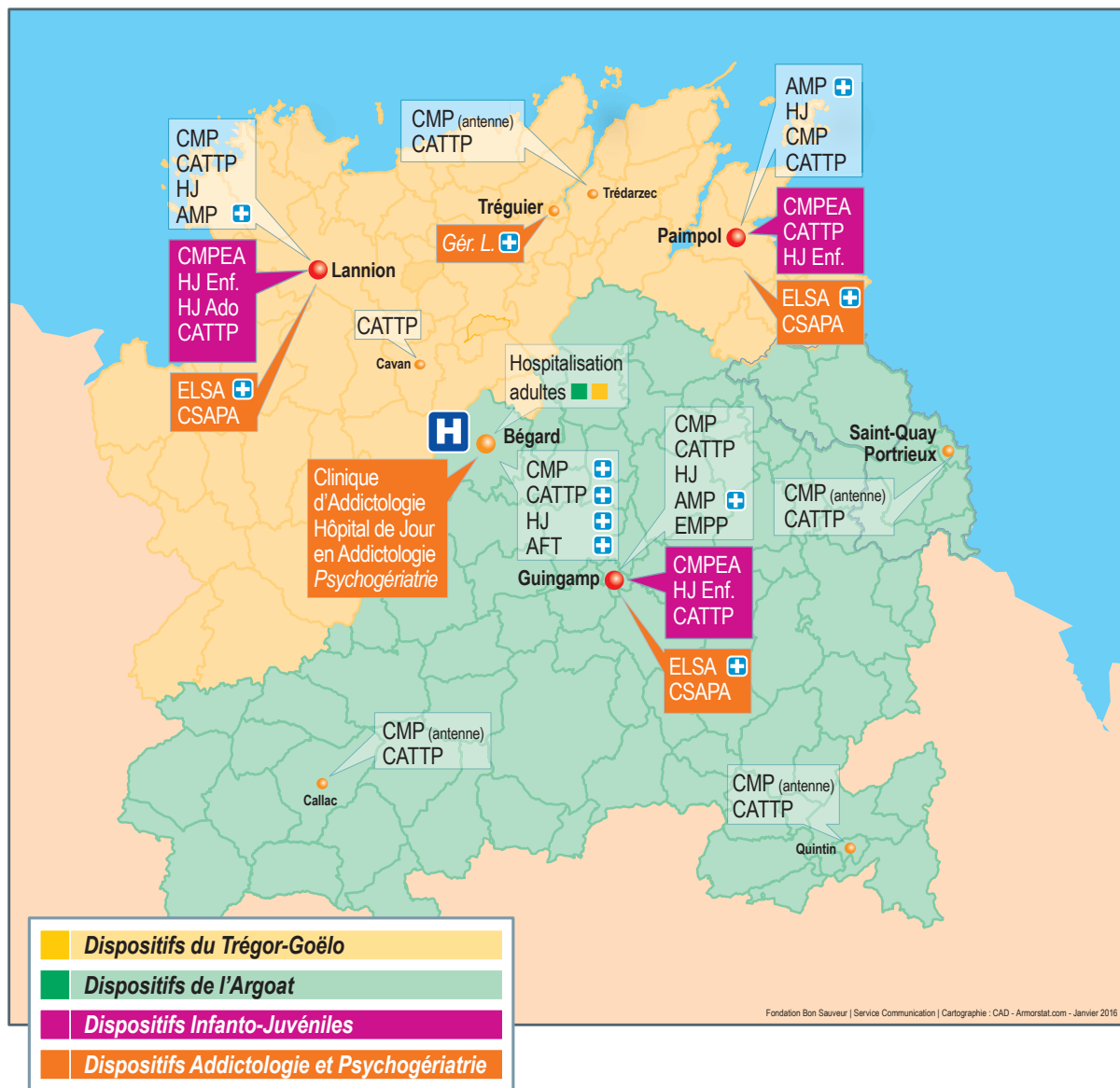
Sectorisation de la psychiatrie générale en Bretagne, au 1er janvier 2015

E - PÔLE DE SANTÉ MENTALE

L'Etablissement en santé mentale de Bégard est organisé en quatre pôles :

- deux pôles de psychiatrie pour adultes (Pôle Argoat et Pôle Trégor-Goëlo) couvrent l'ensemble du territoire sur dix cantons pour une population de plus de 240 000 habitants,
- le Pôle Populations Spécifiques intervient auprès de publics ciblés tels que les personnes en situation d'addiction (addictologie), les personnes âgées (psychogériatrie), la prévention du risque suicidaire,
- le Pôle Infanto-Juvenile assure la prise en soins et l'accompagnement des enfants et adolescents,

un dispositif extra-hospitalier, déployé sur 13 communes au travers de 43 services de soins en psychiatrie – spécifiques ou non – permet d'offrir une véritable alternative à l'hospitalisation.



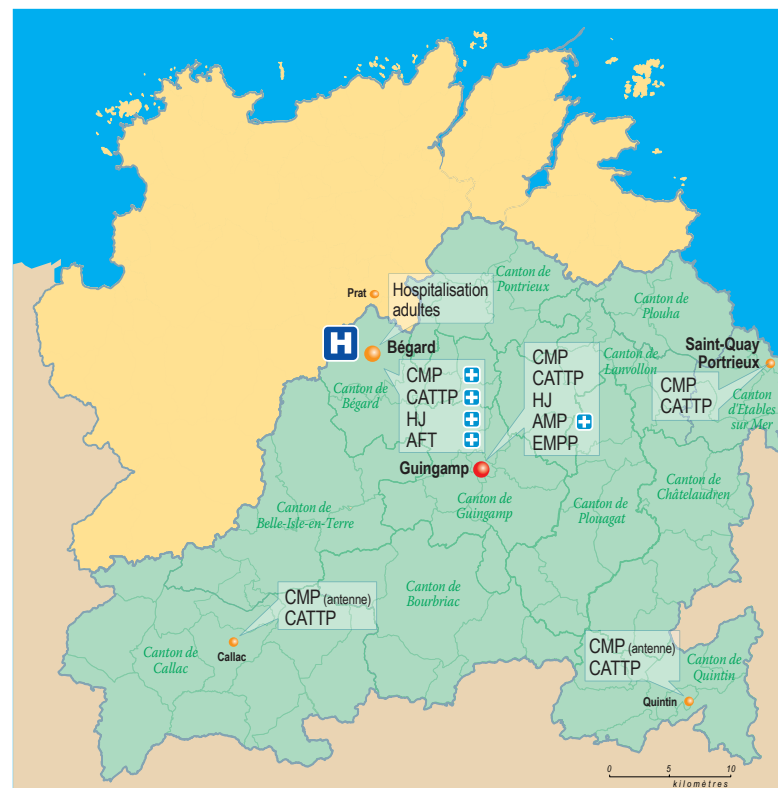
LES DISPOSITIFS DE SOIN

- AFT** Accueil Familial Thérapeutique
- AMP** Antenne Médico-Psychologique
- CATTP** Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CMP** Centre Médico-Psychologique
- CMPEA** Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents
- CSAPA** Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- ELSA** Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- EMPP** Équipe Mobile Précarité en Psychiatrie
- Gér. L.** Psychogériatrie de Liaison
- HJ** Hôpital de Jour
- HJ Enf.** Hôpital de Jour pour Enfants
- HJ Ado** Hôpital de Jour pour Adolescents
- +** sur le site du Centre Hospitalier local

1. Composition des pôles

a. Le pôle Argoat

Le pôle ARGOAT est composé de cinq cantons : c'est un territoire majoritairement rural, présentant des phénomènes de forte précarité et des taux supérieurs en termes d'états dépressifs, de conduites addictives ou de suicides.



POPULATION DESSERVIE	UNITÉS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE	CAPACITÉ HOSPITALIÈRE 40 LITS - 27 PLACES	ACTIVITÉS EXTRA-HOSPITALIÈRES (CF : CARTE CI-DESSUS)	FILE ACTIVE 2016	ÉQUIPE
115 890 habitants	· Hospitalisation libre Ker Avel	· 25 lits	<ul style="list-style-type: none"> · 5 centres médico-psychologiques · 2 hôpitaux de jour (Guingamp : 15 places ; Bégard : 12 places) · 5 CATTTP · Equipe Mobile Précarité · Antenne Médico-Psychologique sur le site du Centre Hospitalier de Guingamp · Accueil Familial Thérapeutique : 10 places · Accueil Familial Social · Appartements de réhabilitation sociale 	3 843 personnes	106 professionnels : <ul style="list-style-type: none"> · 1 médecin chef de pôle · 5 médecins psychiatres · 1 médecin généraliste · 5 psychologues · 3 assistantes sociales · 61 infirmiers · 12 aides-soignantes · 1 AMP · 8 agents · 1 cadre supérieur de santé · 3 cadres de proximité · 5 secrétaires médicales
	· Soins prolongés Saint-Bernard	· 15 lits			

b. Le pôle Trégor Goëlo

Le pôle TREGOR GOELO est un territoire côtier réparti sur cinq cantons. Ces communes littorales ont pour spécificité une population croissante lors des périodes estivales. Elle dispose d'un tissu urbain plus dense (agglomération de Lannion : plus de 100 000 habitants), d'un tissu industriel plus développé (électronique, informatique, télécommunications...) et un niveau de vie plus élevé.



POPULATION DESSERVIE	UNITÉS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE	CAPACITÉ HOSPITALIÈRE 58 LITS - 30 PLACES	ACTIVITÉS EXTRA-HOSPITALIÈRES (CF : CARTE CI-DESSUS)	FILE ACTIVE 2016	ÉQUIPE
122 580 habitants	· Hospitalisation libre Saint-Luc	· 37 lits	<ul style="list-style-type: none"> · 3 centres médico-psychologiques · 2 hôpitaux de jour (15 places) · 4 CATT · Antenne Médico-Psychologique sur le site du Centre Hospitalier de Lannion et de Paimpol 	4 176 personnes	124 professionnels : <ul style="list-style-type: none"> · 1 médecin chef de pôle · 5 médecins psychiatres · 1 médecin généraliste · 6 psychologues · 4 assistantes sociales · 81 infirmiers · 2 aides-soignants · 13 agents · 1 cadre supérieur de santé · 4 cadres de proximité · 6 secrétaires médicales
	· Hospitalisation sans consentement	· 21 lits			

c. Le pôle Populations Spécifiques

Le Pôle Populations Spécifiques accueille les populations ciblées de l'ensemble du territoire de la Fondation Bon Sauveur. Il est composé de deux groupes identifiés, à savoir l'addictologie et la psychogériatrie. Par ailleurs, l'observatoire « dispositif de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire » est aussi rattaché à ce pôle de par sa prise en soins et d'accompagnement spécifique.



POPULATION DESSERVIE	UNITÉS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE	CAPACITÉ HOSPITALIÈRE 55 LITS - 10 PLACES	ACTIVITÉS EXTRA-HOSPITALIÈRES (CF : CARTE CI-DESSUS)	FILE ACTIVE 2016	ÉQUIPE
240 319 habitants	· Clinique d'addictologie	· 15 lits sevrage simple · 15 lits sevrage complexe	<ul style="list-style-type: none"> · Hôpital de jour (10 places) · 3 Equipes de liaison en addictologie · Activité de liaison en psychogériatrie · 3 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie · Un observatoire « cellules suicidants » · Un centre Méthadone 	3 207 personnes (2622 en addictologie, 322 en psychogériatrie, 263 en suicidologie)	85 professionnels : <ul style="list-style-type: none"> · 1 médecin chef de pôle · 3 médecins psychiatres · 4 médecins généralistes · 1 médecin tabacologue · 4 psychologues · 2 assistantes sociales · 39 infirmiers · 9 aides-soignantes · 11 agents · 1 cadre supérieur de santé · 3 cadres de proximité · 7 secrétaires médicales
	· Unité intersectorielle de psychogériatrie	· 25 lits			

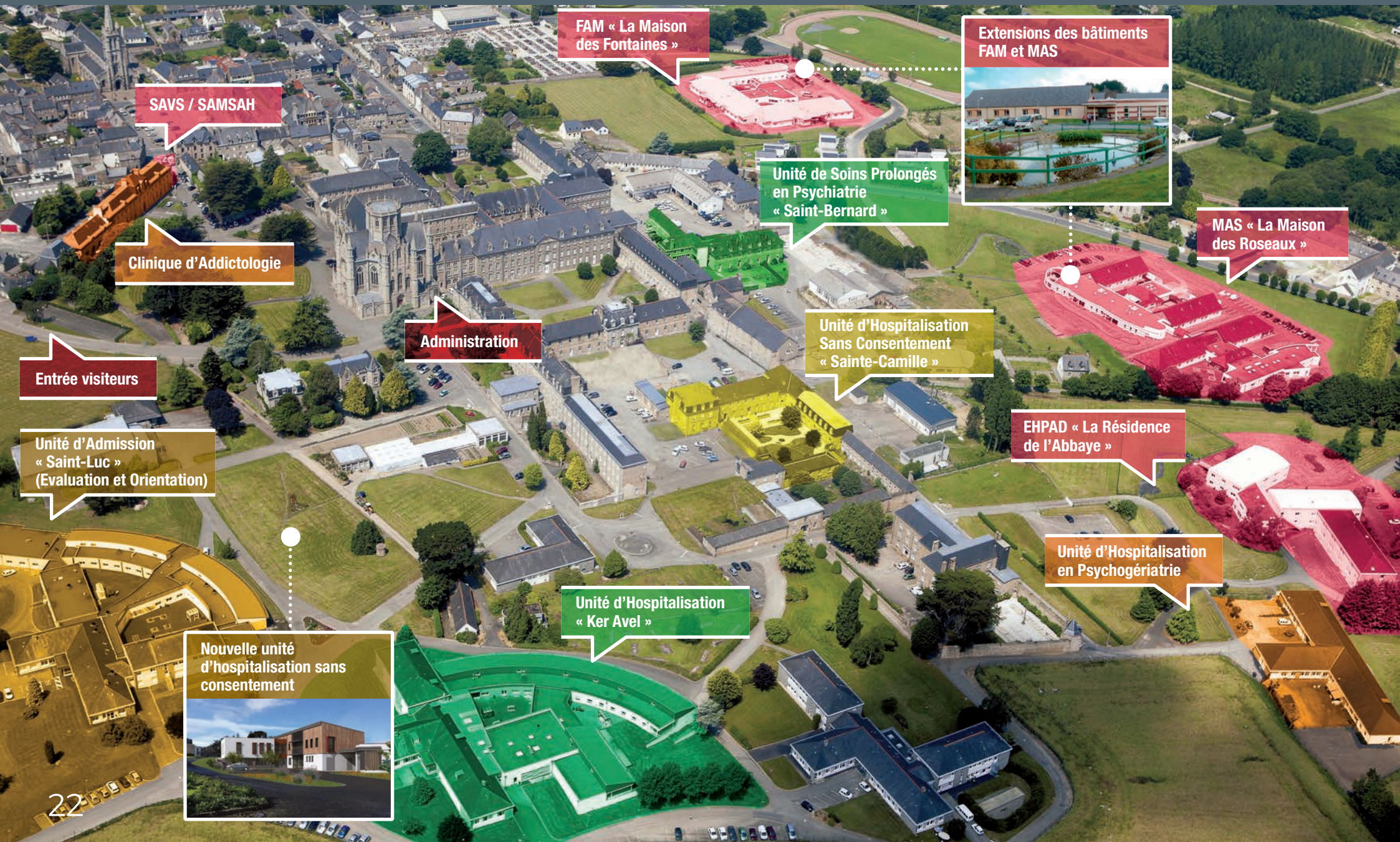
d. Le pôle Infanto-Juvenile

Le dispositif INFANTO-JUVENILE couvre le Nord-Ouest du département des Côtes d'Armor sur des dispositifs exclusivement extra-hospitaliers à destination des enfants et des adolescents. Le pôle collabore, en cas d'hospitalisations, avec l'Unité Temps Plein pour Enfants et Adolescents (UTPEA) du Centre de Soins Benoît Menni de Saint-Brieuc.



POPULATION DESSERVIE	UNITÉS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE	CAPACITÉ 30 PLACES	ACTIVITÉS EXTRA-HOSPITALIÈRES (CF : CARTE CI-DESSUS)	FILE ACTIVE 2016	ÉQUIPE
41 287 enfants et adolescents	• Hôpital de jour enfants Guingamp	• 7 places	<ul style="list-style-type: none"> • 3 centres médico-psychologiques • 3 CATTTP • 3 hôpitaux de jour enfants • 1 hôpital de jour adolescents 	2 416 enfants / adolescents suivis	79 professionnels : <ul style="list-style-type: none"> • 1 médecin chef de pôle • 5 médecins psychiatres • 9 psychologues • 2 neuropsychologues • 7 psychomotriciennes • 5 orthophonistes • 9 éducateurs • 29 infirmiers • 1 aide-soignante • 2 agents • 1 cadre supérieur de santé • 2 cadres de proximité • 6 secrétaires médicales
	• Hôpital de jour enfants Lannion	• 8 places			
	• Hôpital de jour enfants Paimpol	• 8 places			
	• Hôpital de jour adolescents Lannion	• 7 places			

FONDATION BON SAUVEUR : SITE DE BÉGARD



SAVS / SAMSAH

Clinique d'Addictologie

Entrée visiteurs

Unité d'Admission « Saint-Luc » (Evaluation et Orientation)

Nouvelle unité d'hospitalisation sans consentement

FAM « La Maison des Fontaines »

Unité de Soins Prolongés en Psychiatrie « Saint-Bernard »

Administration

Unité d'Hospitalisation Sans Consentement « Sainte-Camille »

Unité d'Hospitalisation « Ker Avel »

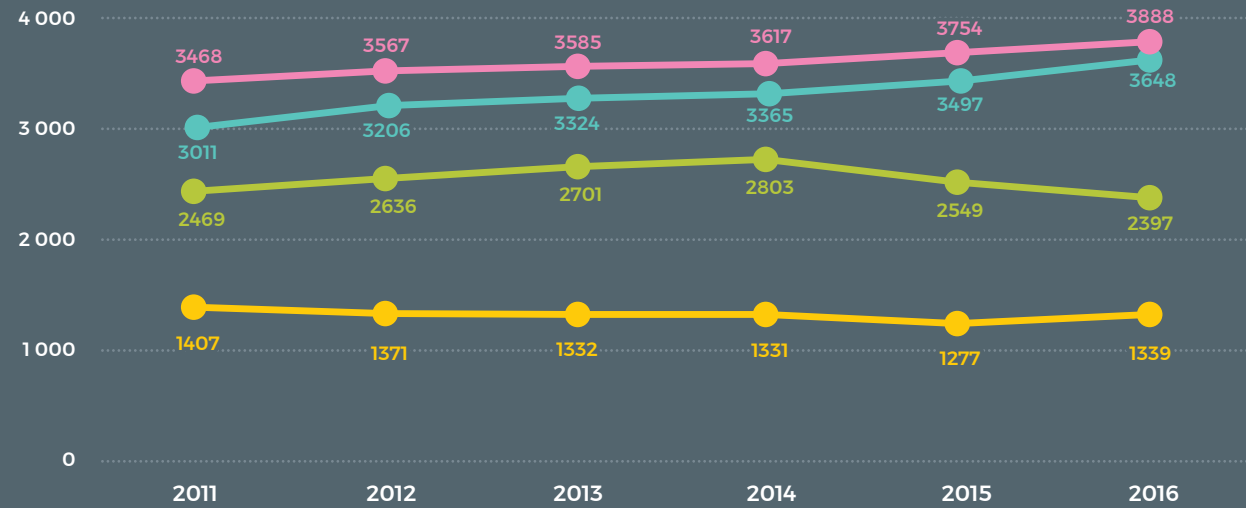
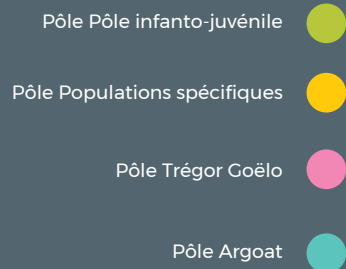
Extensions des bâtiments FAM et MAS

MAS « La Maison des Roseaux »

EHPAD « La Résidence de l'Abbaye »

Unité d'Hospitalisation en Psychogériatrie

ÉVOLUTION DE LA FILE ACTIVE AMBULATOIRE DE 2011 À 2016 PAR PÔLE



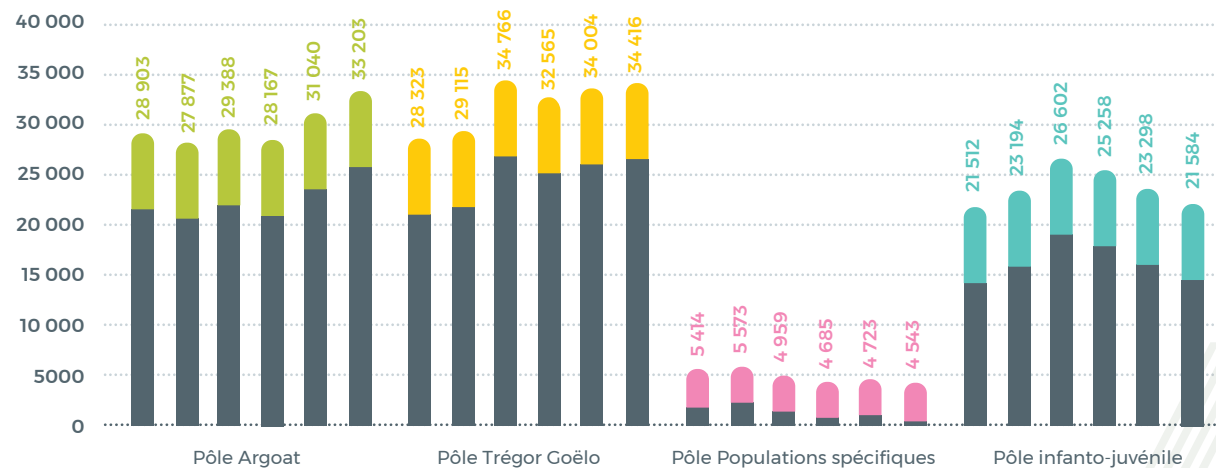
2. Activités

a. Activité ambulatoire

Sur 10 899 patients suivis en 2016, 95% ont bénéficié de soins extra-hospitaliers. Ces soins ambulatoires sont renforcés par une permanence en psychiatrie assurée au sein des Centres Hospitaliers Généraux de Guingamp, Lannion et Paimpol.

Ainsi, en 2016, sont dispensés 62 707 actes en C.M.P. (Centres Médico-Psychologiques), 6 610 actes en A.M.P. (Antennes Médico-Psychologiques), et 17 859 actes en C.M.P.E.A. (Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents).

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACTES PAR PÔLE DE 2011 À 2016





Roland Ollivier
Président de la Fondation
Bon Sauveur de Bégard

**Avoir de grandes ambitions.
Se donner les moyens
de nos ambitions en nous adaptant,
enfin, créer et affirmer les moyens
d'une transformation de la Fondation
en prenant en compte les réalités
des contraintes financières
et de la démographie médicale.**

Bilan du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2015

Synthèse de l'activité des établissements bretons de santé en psychiatrie 2015

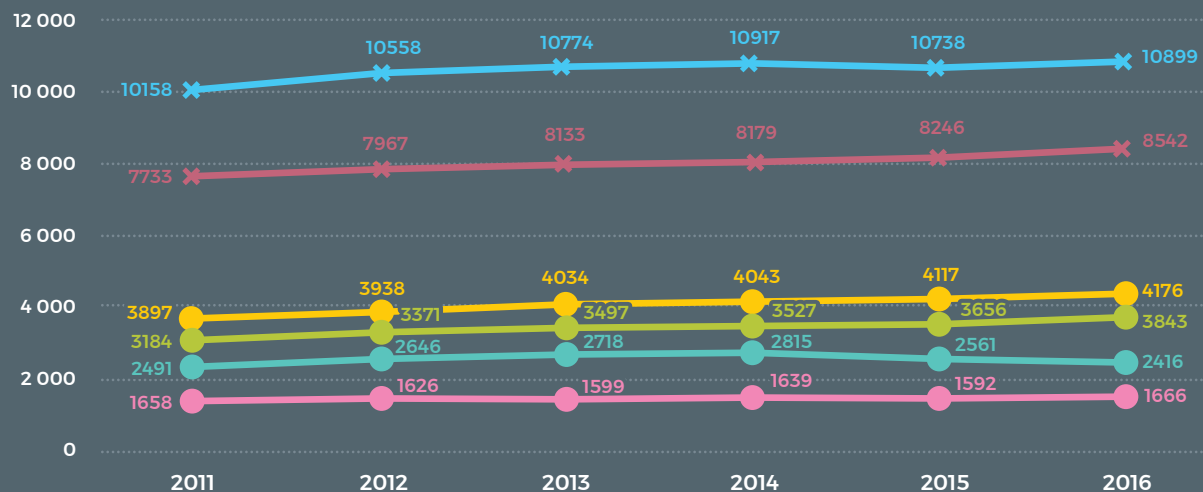
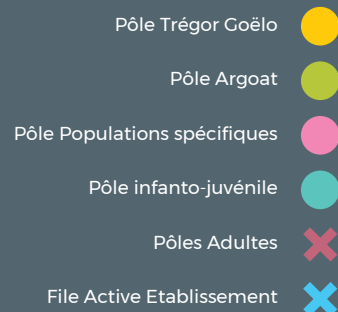
	FONDATION BON SAUVEUR	BRETAGNE	FRANCE
Actes ambulatoires adultes			
Réalisés par des infirmiers	62,9%	56,0%	48,0%
Réalisés par le corps médical	22,8%	20,0%	25,5%
Réalisés par des psychologues	9,9%	11,2%	12,5%
Actes ambulatoires enfants et adolescents			
Réalisés par des infirmiers	9,9%	17,2%	18,6%
Réalisés par le corps médical	19,2%	15,9%	12,2%
Réalisés par des psychologues	30,9%	24,5%	25,2%
Réalisés par des rééducateurs médico-techniques	30,9%	24,5%	16,2%

	FONDATION BON SAUVEUR	BRETAGNE	FRANCE
Part des patients de moins de 10 ans en psychiatrie infanto-juvénile			
Ambulatoire	64%	56%	55%
Hospitalisation partielle	65%	65%	58%

Source : « activité des établissements - Les établissements bretons de santé - Psychiatrie (RIM-P) - Bilan PMSI 2015 » <http://www.ars.bretagne.sante.fr>

En parallèle, l'hospitalisation partielle augmente de 13.8% par rapport à 2014 (-6,4% au niveau régional, +2.3% au niveau national). La part des patients de moins de 10 ans représente 65 % sur la Fondation Bon Sauveur (65 % au niveau régional, 58 % au niveau national).

ÉVOLUTION DE LA FILE ACTIVE DE L'ÉTABLISSEMENTS DE 2011 À 2016



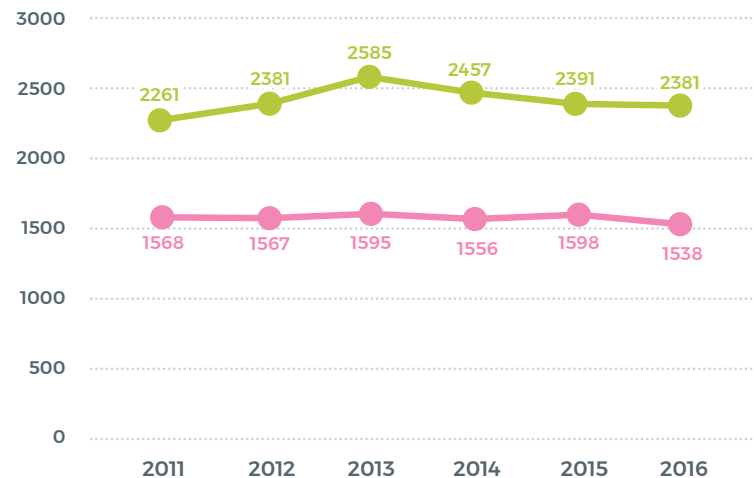
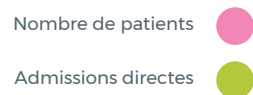
b. *Activité hospitalière*

On observe en 2016 une légère hausse de la file active (+1,50%). La file active des pôles adultes continue de croître : +3,59 % alors que celle du pôle infanto-juvénile présente une légère diminution de - 6 %.

Admissions en unités d'hospitalisation libre :

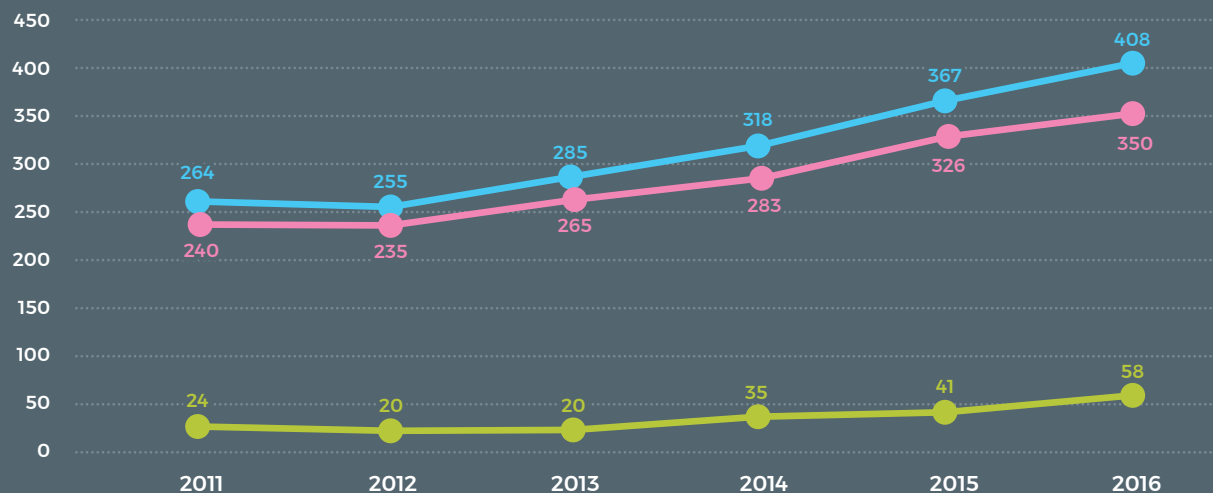
Le nombre des admissions est en légère diminution (-3,75%) ainsi que le nombre de journées d'hospitalisation (-1,7 %).

ADMISSIONS DIRECTES ET NOMBRE DE PATIENTS A TEMPS COMPLET DE 2011 À 2016



ÉVOLUTION DES ADMISSIONS EN SDT - SDRE DE 2011 À 2016

SDRE (Soins à la Demande
d'un Représentant de l'État) ●
SDT (Soins
à la Demande d'un Tiers) ●
Totaux ●



Admissions en unité d'hospitalisation sans consentement :

L'évolution des admissions en soins sans consentement ne cesse de croître depuis 2012 avec une forte augmentation chaque année de près de 14% en moyenne.

Au regard des trois années, on constate une augmentation croissante des hospitalisations en :

- Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) : + 17 % entre 2014 et 2015 avec une recrudescence des demandes entre 2015 et 2016 + 41 %
- Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) : +18% entre 2014 et 2015, et +7.5% entre 2015 et 2016 avec une augmentation des soins en urgence :
 - Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence (SDTU) : +23.49 % entre 2015 et 2016 (+33 % entre 2014 et 2015)
 - Soins en péril imminent : +23.08 % entre 2015 et 2016 (+21 .88 % entre 2014 et 2015)

Le profil des patients admis concerne principalement les sujets entre 35 et 55 ans, mais aussi ceux entre 15 et 25 ans.

Pour les Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE), les pathologies correspondent essentiellement à des troubles psychotiques. Pour ce qui est des Soins à la Demande d'un Tiers (SDT), les problèmes addictifs et les troubles psychotiques dominent, suivis des troubles de l'humeur, névrotiques et également de la personnalité.

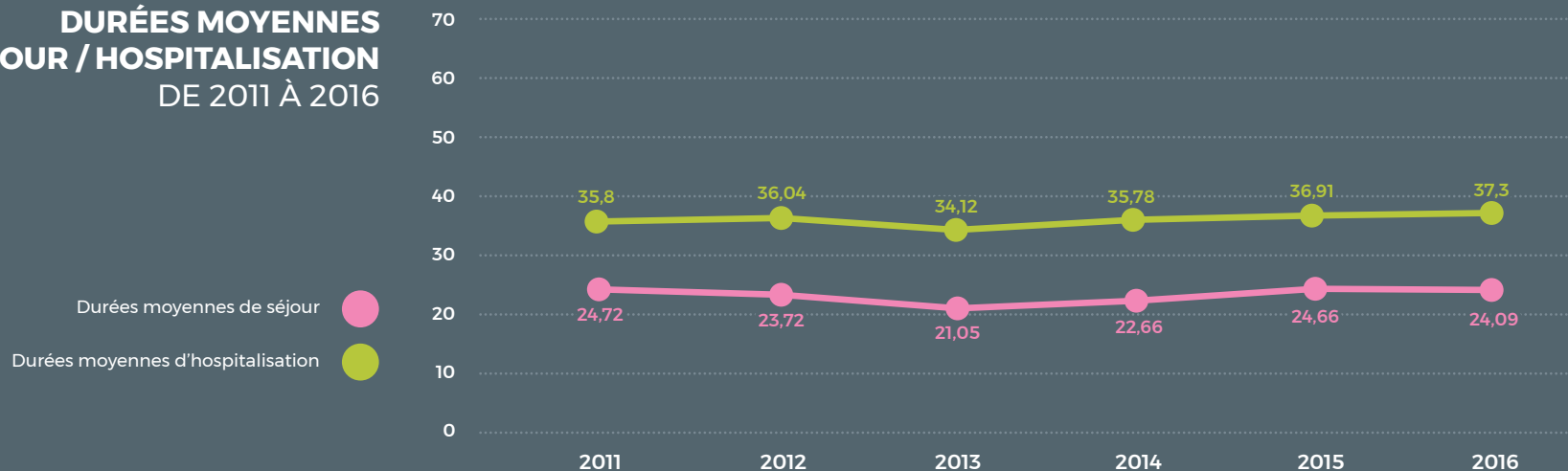
La part du nombre de séjours en soins sans consentement avec une durée supérieure ou égale à 15 jours est de 44.8% (42% en Bretagne et 45% en France). A contrario, pour les durées supérieures ou égales à 6 mois, cette part passe à 1.2% (3.4% en Bretagne et 3.2% en France), il s'agit du score le plus faible sur la même catégorie d'établissement.

Les programmes de soins :

	2014	2015	2016	TOTAL
Soins à la Demande d'un Tiers (SDT)	8	25	20	53
Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE)	16	28	31	75
Total	24	53	51	128

La progression s'observe aussi dans l'établissement des programmes de soins qui explose entre 2014 et 2015, et tend à se stabiliser entre 2015 et 2016.

DURÉES MOYENNES SÉJOUR / HOSPITALISATION DE 2011 À 2016



Durées moyennes de séjour :

La Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH) est égale à 37 jours contre 46 jours au niveau régional et 55 jours au niveau national. La Fondation Bon Sauveur a la Durée Moyenne d'Hospitalisation la plus faible des établissements de même catégorie après le Centre Hospitalier Spécialisé de Bohars.

La part des journées d'hospitalisation au long cours (292 jours sur l'année) est de 22%, contre 23% en moyenne en Bretagne et 28% en moyenne en France.

Synthèse de l'activité des établissements bretons de santé en psychiatrie 2015 : Bilan PMSI 2015

	FONDATION BON SAUVEUR	BRETAGNE	FRANCE
Densité de psychiatres libéraux (pour 100 000 habitants)	1,3	6,7	9,9
Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH)	36 jours	46 jours	55 jours
Part des journées d'hospitalisation au long cours (292 jours)	22%	23%	28%
Part du nombre de séjours en soins sans consentement ayant une durée > à 15 jours	45%	42%	45%
Part du nombre de séjours en soins sans consentement ayant une durée > à 6 mois	1,20%	3,40%	3,20%
Dotations annuelles de financement par journée *	325 €	287 €	
Dotations annuelles de financement par file active ~	3 149 €		

* Journées = (journées d'hospitalisation complète) + (venues d'hospitalisation de jour) + (actes * 1/30)
 ~ Pas de moyenne régionale et nationale, cette valeur est la plus basse des établissements de même catégorie.

Source : « activité des établissements - Les établissements bretons de santé - Psychiatrie (RIM-P) - Bilan PMSI 2015 »
<http://www.ars.bretagne.sante.fr>

F - PÔLE SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

La Fondation Bon Sauveur a développé des établissements sociaux et médico-sociaux pour répondre au mieux aux problématiques de santé mentale :

1. EHPAD

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : **60 places** pour des résidents présentant un état démentiel, des troubles psychiques, et une déficience intellectuelle avec troubles du comportement.

2. FAM

Foyer d'Accueil Médicalisé : **61 places** autorisées au total :

- Hébergement Permanent : **55 places**
- Accueil de Jour : **5 places**
- Accueil de jour provisoire : **1 place** (avenant du 16/07/2007)
 - retard mental moyen ou profond
 - polyhandicap
 - handicap psychique
 - Troubles du Spectre Autistique (TSA) ou des Troubles Envahissant du Développement (TED)

3. MAS

(Maison d'Accueil Spécialisée) : **60 places** et **3 places** en accueil de jour

- Unité 1 : déficiences mentales moyennes et profondes, polyhandicap et troubles autistiques, encéphalopathie

- Unité 2 : psychoses déficitaires stabilisées, déficiences mentales moyennes, encéphalopathie et troubles autistiques
- Unité 3 : troubles autistiques, Troubles Envahissants du Développement et psychoses déficitaires associés avec des troubles du comportement (autorisation en 2009 mais pas d'agrément)

4. Foyer de Vie

« Résidence Henri-Terret » à Lanvollon : **33 places** dont 3 en accueil de jour :

- handicap psychique
- handicap mental

5. SAVS et SAMSAH

Les Services d'Accompagnement (S.A.V.S., Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, et S.A.M.S.A.H, Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) de Bégard, Lannion et Paimpol offrent une prise en charge à de nombreux bénéficiaires dans les actes de la vie quotidienne et la mise en place de projets personnalisés : **105 places** installées (95 SAVS + 10 SAMSAH) dont 77 financées (67 SAVS + 10 SAMSAH) :

- handicap psychique
- déficience intellectuelle
- Troubles du Spectre Autistique (TSA) et autres Troubles Envahissants du Développement (TED)
- polyhandicap



6. E.M.I.A. 22

Equipe Mobile d'Intervention pour Adultes Autistes (gérée par le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale : « Bretagne Solidarité ») a pour but d'améliorer la qualité des interventions tant sanitaires que médico-sociales auprès des personnes adultes présentant des Troubles Envahissant du Développement afin de leur permettre une meilleure inclusion sociale et un parcours de vie cohérent et de qualité. L'équipe intervient aussi bien dans les familles que dans les établissements (structures médico-sociales et sanitaire).

LE CONTEXTE DU TERRITOIRE - DÉTERMINANTS DE SANTÉ



A - LA POPULATION DESSERVIE ET SES BESOINS DE PRISE EN CHARGE

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXIème siècle relèvent des troubles mentaux : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

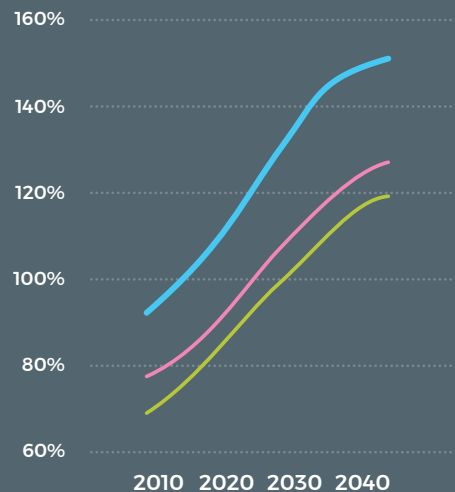
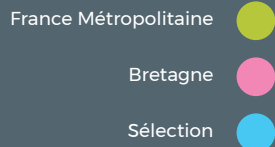
Elles sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, des incapacités et des handicaps lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes. Le diagnostic et la prise en charge précoces des troubles permettent de diminuer les répercussions de ces pathologies sur la vie de l'individu et de ses proches.

En 2014, environ 350 000 patients ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique public ou privé ou suivis en ambulatoire dans le secteur public pour troubles dépressifs, ce qui représente 17 % de l'ensemble des patients pris en charge dans ces établissements et correspond à un taux de recours de 5,3 pour 1 000 habitants. Le recours des femmes est 1,7 fois plus important que celui des hommes.

Pour cette même année, 216 000 personnes, soit 3,4 personnes pour 1 000 habitants ont été identifiées comme souffrant de troubles bipolaires et ayant eu recours au système de soins. Le taux de prise en charge est en moyenne 1,6 fois plus élevé chez les femmes.

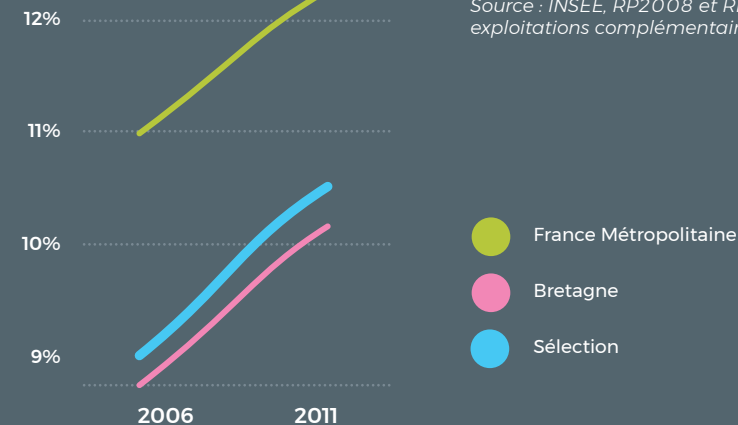
INDICE DE VIEILLISSEMENT (PROJECTION DE POPULATION)

Source : INSEE, recensement de la population 2012



TAUX DE CHÔMAGE

Source : INSEE, RP2008 et RP2013 exploitations complémentaires



Concernant les troubles psychotiques, ce sont 7,4 personnes pour 1 000 habitants qui ont été prises en charge en 2014 (pour schizophrénie pour la moitié d'entre elles). Ce recours pour troubles psychotiques est, tous âges confondus, plus fréquent de 30 % chez les hommes par rapport aux femmes, et de 80 % pour la schizophrénie. Alors que la mortalité par suicide est 3 fois plus élevée chez les hommes, les tentatives de suicide concernent plus les femmes que les hommes, qu'on les estime via des enquêtes déclaratives en population générale ou des données d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 159 pour 100 000 habitants en 2014. Les adolescentes de 15 à 19 ans représentent le groupe le plus concerné par ces tentatives.

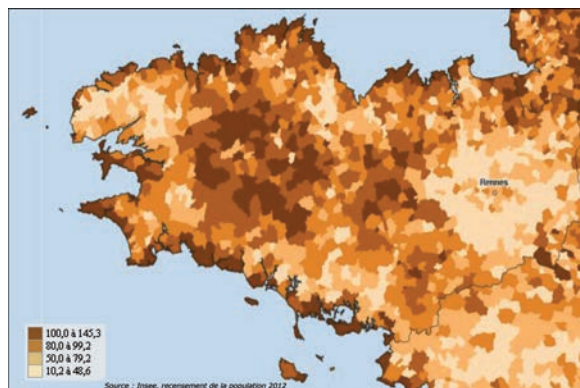
UN TERRITOIRE PRÉSENTANT DE FORTS BESOINS SPÉCIFIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE, D'ADDICTOLOGIE ET DE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.

1. Données démographiques

La population des Côtes d'Armor augmente en raison d'un flux migratoire positif, mais vieillit avec des besoins de prise en charge liés aux troubles du grand âge.

Le territoire de santé N°7 couvre une partie du département des Côtes d'Armor qui compte 616 013 habitants en 2016. C'est le département breton présentant le plus fort indice de vieillissement (97,3 contre 79,77 en Bretagne).

Indice de vieillissement de la population bretonne en 2012 (%)



Côtes-d'Armor (97,3), Finistère (85,5), Ille et Vilaine (60,8),
Morbihan (87,1), Bretagne (79,7), France métropolitaine (71,9)
Source : Insee, recensement de la population 2012

Les plus de 75 ans représentent 12 % de la population contre 10 % sur l'ensemble de la région avec une évolution de +6 % estimée pour 2040.

2. Données socio-économiques

Des taux de chômage et de précarité qui augmentent mais qui restent nettement en dessous des moyennes nationales¹.

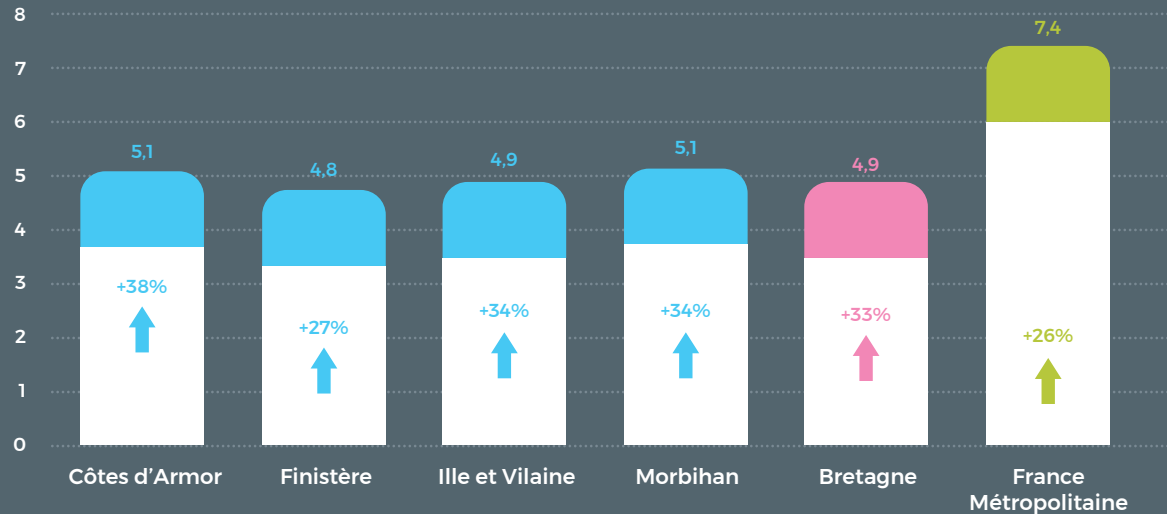
Ce faible taux de chômage ne semble pas le résultat du dynamisme économique mais plutôt du nombre important de retraités dans la population.

La prestation du Revenu de Solidarité Active (RSA) couvre 161 500 personnes (allocataires et ayants droit), soit 4,9 % de la population bretonne, pourcentage nettement inférieur au taux métropolitain de 7,4 % (cf. schéma p.31). Depuis la mise en place du RSA (2009), le nombre de personnes couvertes a augmenté plus fortement (+33 %) qu'au niveau national (+26 %), particulièrement dans les Côtes-d'Armor (+38 %).

¹Source «Statist 2015 ARS Bretagne» sur recensement 2011

PROPORTION DE PERSONNES COUVERTES* PAR LE RSA AU 31 DÉCEMBRE 2014 POUR 100 HABITANTS ET % D'ÉVOLUTION DEPUIS 2009

Sources : CNAF, MSA Exploitation ORS Bretagne
* la proportion de personnes couvertes par la prestation a été calculée en divisant le nombre de personnes couvertes (allocataire+conjoint+enfants) par la population estimée INSEE.



Le salaire moyen par ménage dans les Côtes d'Armor est de 1 612 €, en hausse régulière, ce qui le situe au 45^e rang national des 98 départements².

Le taux d'adultes percevant l'Allocation pour Adultes Handicapés du département des Côtes d'Armor est le plus élevé de Bretagne.

Nombre de bénéficiaires de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH) en décembre 2015 et taux de bénéficiaires pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans

	NOMBRE	TAUX
Côtes-d'Armor	10 473	37,6
Finistère	16 326	36,3
Ille-et-Vilaine	17 824	33,6
Morbihan	13 153	36,8
Bretagne	57 776	35,8
France métropolitaine	1 027 133	31,3

Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM ; MSA ; Insee, RP2012 exploitation principale. CREAL

² Source : http://www.salairemoyen.com/departement-22-Cotes_d_Armor.html

³ Source « chiffres clés 2015 ARS Bretagne »

⁴ Source « Statiss 2015 ARS Bretagne »

Une nouvelle admission en Affection de Longue Durée (ALD) sur dix est attribuée aux affections psychiatriques. En Bretagne, en moyenne sur la période 2011-2013, plus de 8 200 nouvelles admissions en ALD ont été attribuées aux affections psychiatriques, soit 11 % du nombre total, contre 9 % au niveau national. Une forte prévalence en matière de troubles psychiatriques, suicides et alcoolisme masculin³. Si la schizophrénie est la première cause d'hospitalisation en psychiatrie (22%) dans la région, la deuxième cause n'est pas la dépression comme au niveau national, mais les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (14% des admissions, contre 8% au niveau national).

Le suicide reste une problématique à part entière, dans la mesure où la Bretagne fait partie des régions de France les plus touchées (2^eme pour les hommes et 1^{ère}me pour les femmes sur la période 2012-2014). Le taux de mortalité par suicide est de 37,4 pour 100 000 habitants pour les hommes (contre 23,4 au niveau national) et de 10,3 pour les femmes (contre 6,8). Cette surmortalité touche l'ensemble des départements.

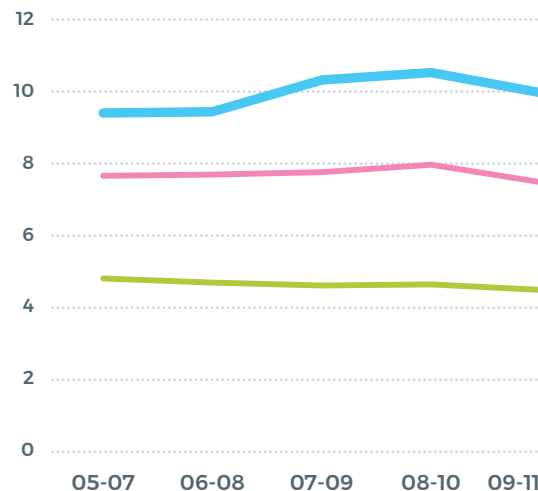
Les taux de suicide sont parmi les plus élevés dans plusieurs cantons des Côtes-d'Armor. L'approche à l'échelle des nouveaux cantons (découpage 2014) souligne l'étendue des disparités régionales, avec une mortalité deux fois supérieure dans les cantons des Côtes-d'Armor et du Finistère (proches d'un axe Lannion - Carhaix-Plouguer et autour de Loudéac, Dinan et Muzillac), par rapport à ceux de l'Ille-et-Vilaine (alentours de Rennes) et celui de Brest-Plouzané.

La mortalité par suicide⁴ chez les moins de 65 ans est de :

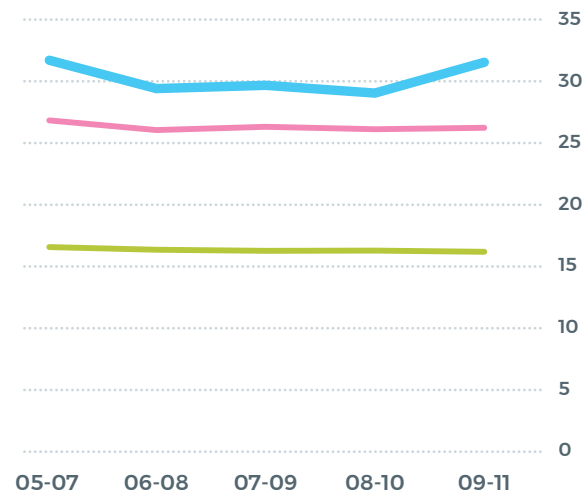
- 12,1 passages à l'acte réussis pour les femmes (pour 100 000 habitants) contre seulement 6,7 en France entière
- 43,1 passages à l'acte réussis pour les hommes contre 34,9 en Bretagne et 20,9 en France entière.

Le taux de mortalité avant 65 ans à la suite de surconsommation alcoolique est de 54,5 pour 100 000 habitants contre 36,9 France entière (hommes et femmes).

PSYCHOSE ALCOOLIQUE ET ALCOOLISME



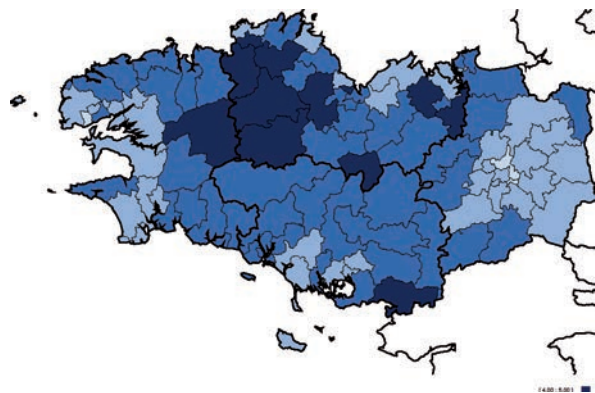
SUICIDE



Source ARS - Observatoire des Territoires v4.0-18/4/2016

La consommation de soins en psychiatrie se caractérise par un plus fort recours à l'hospitalisation qui est sans doute à rapprocher de l'état de l'offre existante.

Taux standardisés de mortalité en 2005-2012 par suicide pour les deux sexes confondus dans les cantons de Bretagne
(pour 100 000 habitants)



Côtes-d'Armor (31), Finistère (26), Ille et Vilaine (23),
Morbihan (27), Bretagne (26), France métropolitaine (16)
Source : Insee, recensement de la population 2012

La Bretagne bénéficie d'un taux d'équipement de 1,4 lits et places pour 1 000 habitants contre 1,1 au niveau national. On peut également noter que la densité de psychiatres libéraux est, en revanche, nettement inférieure à la moyenne nationale en Bretagne: 7,1 pour 100 000 habitants en 2015 contre 10,3 sur la France entière.

Avec 73 lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants contre 130 lits en moyenne régionale, et au-dessous des 100 lits de la moyenne nationale, la **Fondation Bon Sauveur de Bégard ne dispose pas d'une offre hospitalière pléthorique**. D'autant que le taux de recours à l'hospitalisation temps plein est en dessous des moyennes régionales¹.

¹ ARS « Observatoire des territoires » V4.0 page 16

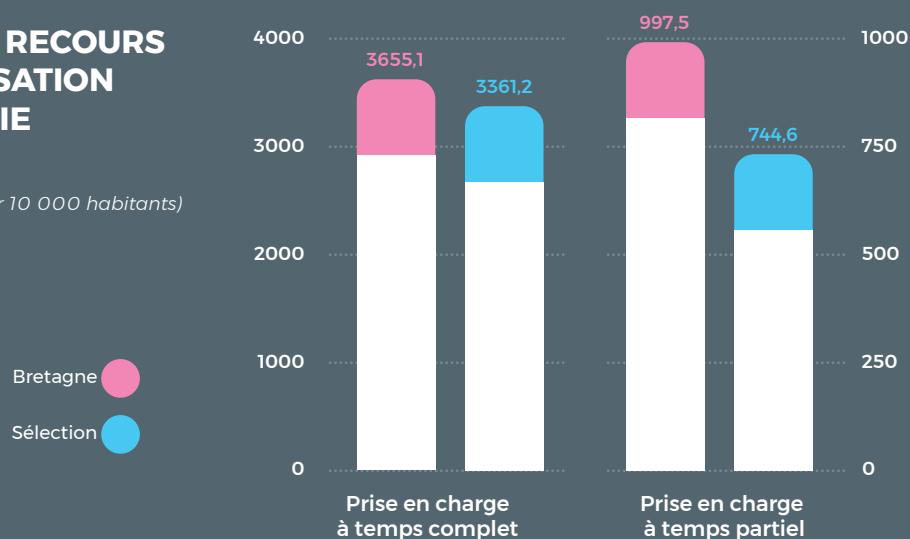
² Source « Statiss 2015 ARS Bretagne »

UN TAUX D'ÉQUIPEMENT EN HOSPITALISATION COMPLÈTE ET PARTIELLE LE PLUS BAS DE BRETAGNE ET UN TAUX DE PSYCHIATRES LIBÉRAUX QUI RESTE FAIBLE PAR RAPPORT AUX GRANDES RÉGIONS URBAINES²

DISCIPLINES DE PSYCHIATRIE	BRETAGNE	CÔTES D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	FRANCE
Psychiatrie infanto-juvénile						
Hospitalisation complète (lits) UTPEA St Brieuc	132	12	40	60	20	2 226
Hospitalisation partielle (places)	571	42	172	179	178	9 370
Placement familial thérapeutique (places)	21	0	16	0	5	770
Total	724	54	228	239	203	12 366
Psychiatrie générale						
Hospitalisation complète (lits)	3 411	510	1 089	1 005	807	54 130
Hospitalisation partielle (places)	1 397	147	493	377	380	18 994
Placement familial thérapeutique (places)	80	23	0	57	0	2 840
Total	4 888	680	1 582	1 439	1 187	76 290
Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus						
Lits d'hospitalisation complète	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2
Équipement global (lits et places)	1,1	0,3	1,3	1,1	1,4	0,9
Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans						
Lits d'hospitalisation complète	1,3	1,1	1,5	1,3	1,4	1,0
Équipement global (lits et places)	1,9	1,4	2,2	1,8	2,0	1,4

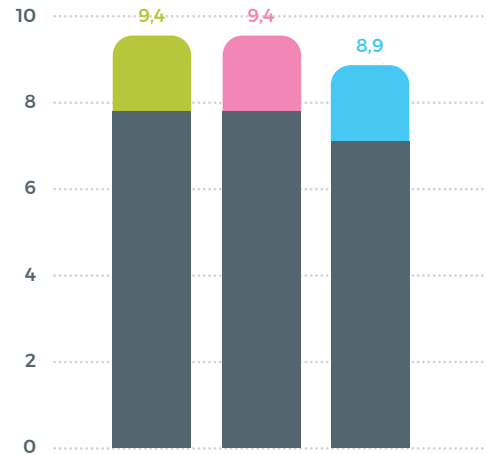
TAUX BRUT DE RECOURS À L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE EN 2013

(Nombre de journées pour 10 000 habitants)



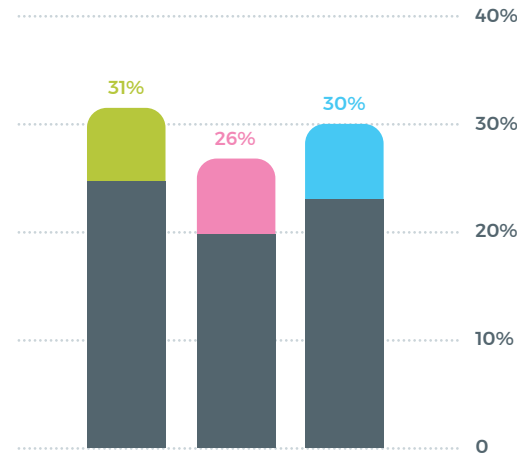
Le taux de recours à l'hospitalisation à temps complet est inférieur de 8,7% aux taux de recours des autres territoires, il en va de même pour le recours aux prises en charge à temps partiel, notamment l'hospitalisation de jour qui pourrait être plus utilisée (- 33,5%).

DENSITÉ GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX 2015



Source Ibid.5

POIDS DES GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ÂGÉS DE 60 ANS ET PLUS 2015



Une offre libérale généraliste parmi les plus basses de France et qui peine à se renouveler.

Une offre de psychiatres libéraux surtout concentrée à l'est du territoire et en zone urbaine¹.

En 2011 la densité de psychiatres libéraux était d'environ 7 praticiens pour 100 000 habitants à comparer aux taux très élevés des régions urbaines et du sud-est de la France qui peuvent compter jusqu'à 76 praticiens libéraux pour 100 000 habitants.

En 2015, l'offre de psychiatrie du territoire 7 reposait donc sur les 22 psychiatres libéraux et les 44 psychiatres salariés répertoriés par l'ARS²

En Bretagne, à l'échelle des secteurs de psychiatrie, la densité varie de 1.3 psychiatres libéraux pour le Bon Sauveur à 12.4 pour le Centre Hospitalier Universitaire de Brest, soit le plus faible taux breton dans ce secteur des Côtes d'Armor.

LA DENSITÉ DE PSYCHIATRES LIBÉRAUX EST LA PLUS FAIBLE DE LA RÉGION BRETAGNE : 1,3 POUR 100 000 HABITANTS

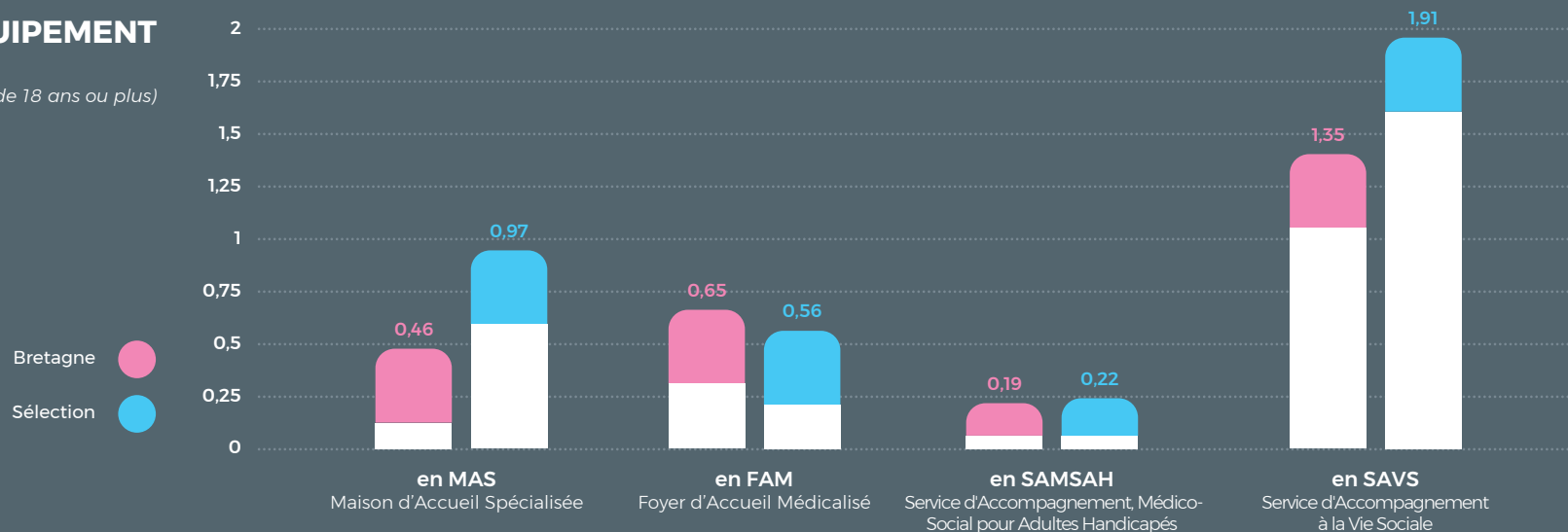
(CONTRE 6,7 AU NIVEAU RÉGIONAL, 9,9 AU NIVEAU NATIONAL)

¹ Enquête 2011 « Les disparités territoriales de l'offre et de l'organisation des soins en psychiatrie en France » Magali Coldefy et Charlène le Neindre

² Profil du territoire TS7 V4.0 ARS de Bretagne p 17

TAUX D'ÉQUIPEMENT

(pour 1000 habitants de 18 ans ou plus)



Des taux d'équipements médico-sociaux adultes satisfaisants

Ces différents taux d'équipements laissent peu d'espoir quant à d'éventuels appels d'offre de création de places pour adultes handicapés.



Françoise Fiaut-Matelot
Vice-Présidente de la Fondation Bon Sauveur de Bégard

L'innovation est un des moteurs de la Fondation. Il nous faut défendre et affirmer nos engagements. Pour exemples, notre capacité à construire des formations, la force et l'originalité de notre projet de psychiatrie infanto-juvénile, ou encore le projet socio-thérapeutique qui inspire des parcours personnalisés et intègre le projet individuel de chaque patient. La cohérence et les avancées de chaque projet créent le mouvement de la Fondation et produisent un projet global fédérateur, fondateur, pluridisciplinaire et méthodique.

B - LES POLITIQUES PUBLIQUES ET ATTENTES DES USAGERS



1. Les politiques publiques

En 2017, la Fondation Bon Sauveur de Bégard est en cours de négociation de son Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour le secteur social et médico-social.

- Pour le secteur « handicap », la conclusion du CPOM entraîne un passage en dotation globale, et la mise en œuvre de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).
- Pour le secteur « personnes âgées », le CPOM se substituera pour l'EHPAD à la convention tripartite.

La tarification verra l'introduction d'un pilotage par les ressources (financement forfaitaire) prenant en compte l'activité et la nature des prises en charge.

Le projet régional de santé 2018 - 2022 sera arrêté par l'Agence Régionale de Santé en 2018. Il prévoit 7 objectifs stratégiques et 22 thèmes.

L'amélioration de la santé mentale en Bretagne constitue un enjeu fort pour les prochaines années. Les chiffres restent en effet particulièrement préoccupants :

- le taux de recours à l'hospitalisation en psychiatrie est plus élevé que le niveau national (+23%) ;
- les données relatives à l'admission en affections de longue durée montrent que

les problématiques de santé mentale et de pratiques addictives sont fortes. L'enjeu est donc de réduire ces écarts, que ce soit par une meilleure prise en charge des addictions et des troubles mentaux, ou par une approche moins centrée sur les séjours en hospitalisation complète ;

- enfin, la prévention de la crise suicidaire reste une problématique à part entière, dans la mesure où la Bretagne fait partie des régions de France les plus touchées et le territoire des Côtes d'Armor plus particulièrement. La diminution de la mortalité par suicide nécessite une action globale qui ne peut se limiter à l'efficacité d'une prise en charge hospitalière pour les personnes réalisant une tentative. Cette prise en charge doit s'appuyer sur des démarches de prévention innovantes.

Objectif stratégique 1 : Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie
prendre en compte les déterminants de santé et agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Objectif stratégique 2 : Garantir l'accès à une offre de soins au plus près du domicile
organiser les soins de proximité, assurer les urgences et la permanence des soins, développer les coopérations hospitalières territoriales et poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, assurer l'accès aux soins palliatifs.

Objectif stratégique 3 : Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie

organiser une démarche parcours pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion, les enfants et adolescents, les personnes âgées, les personnes porteuses de handicap, les personnes présentant des addictions ou des troubles de la santé mentale.

Objectif stratégique 4 : Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge
développer l'amélioration continue de la qualité.

Objectif stratégique 5 : Développer la performance et l'innovation dans le système de santé
promouvoir l'innovation en santé ; conforter la démographie des professionnels de santé.

Objectif stratégique 6 : Préparer le système de santé aux événements exceptionnels

Objectif stratégique 7 : Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale

positionner le citoyen comme acteur en santé ; favoriser les partenariats institutionnels et la démocratie en santé.

a. Des dispositions législatives importantes :

Ce projet s'élabore dans un calendrier particulier de mise en œuvre de la loi de modernisation du système de santé du 29 janvier 2016 (et notamment la mise en œuvre du Projet Départemental de Santé Mentale et de la Communauté Psychiatrique de Territoire), le rapport Piveteau (« Zéro sans solution »), le rapport Laforcade, la loi du 31 décembre 2015

relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les allocations budgétaires, le plus souvent reconduites sans augmentation, sont corrélées à des objectifs d'activité et de qualité, et contractualisées dans les contrats d'objectifs et de moyens qui sont généralisés.

b. Une absence de régulation de l'installation des professionnels de santé

Le territoire n°7, du fait du vieillissement de la population et bien qu'il présente une prévalence des troubles psychiatriques, des tentatives de suicide ou de décès pour surconsommation d'alcool, va devoir faire face à une raréfaction durable des budgets, des effectifs médicaux salariés et libéraux ainsi qu'à une recrudescence des demandes de soins spécialisés qui, de fait, se concentre sur la Fondation Bon Sauveur. Les soins sans consentement sont également en augmentation : + 28 % entre 2014 et 2016 (très forte augmentation parallèle des programmes de soins : + 112,5 %).

L'enjeu majeur des prochaines années concerne donc la démographie médicale et l'absence de perspectives de renouvellement des effectifs médicaux. En effet, la pénurie actuelle et à moyen terme, peut nuire gravement au maintien du dispositif ambulatoire et à l'implantation au sein des centres hospitaliers généraux, annuler une partie du travail d'anticipation mené depuis de nombreuses années, et ne garantit plus l'égalité de l'accès aux soins des citoyens.

Depuis de nombreuses années, la Fondation Bon Sauveur a développé une politique de soins sur le territoire et anticipé ainsi le virage ambulatoire.

Ses taux d'équipement sont conformes voire inférieurs aux moyennes nationales. Il est nécessaire de conserver cette capacité d'anticipation afin que les éventuelles péréquations budgétaires de l'Agence Régionale de Santé restent favorables.

2. Les attentes des usagers

Le rapport Laforcade insiste sur le renforcement de la citoyenneté et de la déstigmatisation de la santé mentale.

Une des particularités de la Fondation Bon Sauveur de Bégard est de co-construire son projet à partir de l'expression des attentes de la population exprimées dans le projet des usagers et des échanges issus du Forum Citoyen.

La Fondation participe aux Contrats Locaux de Santé des pays de Guingamp et du Trégor Goëlo, en lien avec les élus du territoire, ainsi qu'à la mise en œuvre d'un Conseil Local en Santé Mentale sur le pays de Guingamp.

Elle s'associera à toute demande émanant des Groupes d'Entraide Mutuelle et aux associations de familles autour de l'autisme.



Roland Ollivier
Président de la Fondation
Bon Sauveur de Bégard

L'approche collective nous a permis d'aller dans ce nouveau projet au-delà des critères et des actions posés par le cadre réglementaire et législatif.

C - POSITIONNEMENT DE LA FONDATION SUR SON TERRITOIRE

Le poids et le rôle des structures de coopération prend de plus en plus d'importance sur le territoire, tant en matière de coordination des parcours de soins et de vie que de stratégie de coordination des institutions.

La Fondation est :

- membre du **Groupe de Coopération Sanitaire (GCS)** en santé mentale des Côtes d'Armor associant la Fondation Saint-Jean de Dieu, l'Association Hospitalière de Bretagne et le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, notamment pour le recrutement de médecins psychiatres en qualité de Praticiens Hospitaliers. Ce GCS a été érigé en Communauté Psychiatrique de Territoire et sera le fer de lance du Projet Départemental de Santé Mentale
- membre du **Groupe de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)** « Bretagne Solidarité » regroupant, outre la Fondation Saint-Jean de Dieu, l'Association Hospitalière de Bretagne, l'association « Hospitalité de Saint-Thomas de Villeneuve ». Structure fédératrice des acteurs dans le champ social et médico-social du territoire, ce groupement est gestionnaire de l'équipe mobile départementale pour adultes présentant des Troubles Envahissants du Développement
- partenaire du **Groupe Hospitalier de Territoire** d'Armor et participe à l'élaboration du projet médical partagé sur les thématiques

suivantes : urgences, gérontopsychiatrie, addictions, pédiatrie, psychiatrie de liaison.

Ces coopérations permettent d'envisager des logiques gagnant/gagnant entre établissements publics, privés, participant au service public et associations. Ces partenariats pourraient se renforcer sur les points suivants :

- Les conditions de recrutement et d'exercice médical afin d'améliorer l'attractivité du territoire
- La sécurisation des parcours et des prises en charge par une meilleure utilisation des plateaux techniques des centres hospitaliers généraux et des compétences des différentes équipes
- La couverture du territoire en matière d'accès aux soins, notamment dans les zones dites « blanches » essentiellement rurales, éloignées des regroupements urbains
- Le développement de la télémédecine et l'amélioration de l'articulation avec la médecine de premier recours
- La réponse aux appels à projets lancés par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental.

D - BILAN DES FORCES ET FAIBLESSES DE LA FONDATION BON SAUVEUR

1. Les forces

a. *La structure en personnel de la Fondation*

Est conforme aux moyennes nationales des établissements du même type. Néanmoins, compte tenu du contexte budgétaire, l'évolution de la masse salariale doit être évaluée parallèlement à la courbe des ressources allouées à l'Institution.

La Fondation a déjà beaucoup optimisé l'utilisation de ses ressources et doit poursuivre en ce sens, tout en veillant au maintien de la qualité et de la sécurité des prises en charge. Le renouvellement des compétences, lié aux départs en retraite, constitue une des marges de manœuvre en matière de gestion interne. La maîtrise de l'effectif et de la masse salariale reste un enjeu majeur afin de consacrer l'effet noria produit par les départs en retraite au financement des réductions budgétaires.

b. *La situation financière de la Fondation*

Est relativement saine, même si la gestion suppose une rigueur constante dans un contexte de restriction budgétaire. La Fondation Bon Sauveur de Bégard est endettée à un taux normal et le délai d'apurement de la dette peut être considéré comme très satisfaisant (inférieur à 5 ans). Les provisions constituées répondent à toutes les obligations (congrés payés, litiges...).

La Fondation dispose de fonds propres pour financer ses investissements et le niveau de trésorerie est satisfaisant.

Un Plan Pluriannuel d'Investissement retraçant l'ensemble des projets et leur programmation précise a été élaboré. L'enjeu à venir sera de concilier l'équilibre budgétaire et un haut niveau d'investissements pour faire face aux nombreux besoins immobiliers. Un plan de démolition des anciens bâtiments et son calendrier restent à finaliser.

c. En matière logistique

La Fondation Bon Sauveur de Bégard, partenaire du Groupement Hospitalier de Territoire, sera attentive à toute proposition qui concilierait rationalisation, qualité et politique sociale.

2. Les faiblesses

a. Démographie médicale

La Fondation est confrontée aux difficultés de recrutement de médecins psychiatres et généralistes, au vieillissement constaté dans la pyramide des âges des médecins, aux difficultés de recrutement d'internes.

b. Position géographique

Installée en milieu essentiellement rural, la Fondation doit rechercher le meilleur accès aux soins pour des populations éloignées ou précarisées.

Un élément majeur est à souligner d'emblée : la réduction capacitaire en lits sur le site du Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard ne peut se réaliser de façon efficace que si l'offre ambulatoire est suffisante car l'offre spécialisée libérale est quasi-inexistante et va totalement disparaître lorsque le dernier psychiatre de ville

encore à Paimpol cessera son activité. Un renforcement médical et infirmier doit être réfléchi afin que cette offre ambulatoire réponde aux besoins, alors que l'attractivité territoriale n'apparaît pas évidente pour les jeunes professionnels.

EN CONCLUSION, CE DIAGNOSTIC PERMET DE DÉTERMINER LES AXES PRIORITAIRES DU FUTUR PROJET DE LA FONDATION

- Réaffirmer les valeurs de la Fondation pour concilier qualité des prises en charge et contrainte économique
- Réagir aux restrictions budgétaires et proposer un dispositif d'accès aux soins ambulatoires adapté à ce contexte tendu sans entamer la qualité des prises en charge
- Participer aux recompositions hospitalières (Groupement Hospitalier de Territoire et Communauté Psychiatrique de Territoire) qui s'accélèrent afin d'éviter tout isolement dans un bassin rural fragilisé
- Être acteur du Projet Départemental de Santé Mentale qui élargit le champ d'action au domaine social, médico-social, de l'insertion
- Garder une taille critique en concevant une nouvelle organisation qui s'appuie sur les plateaux techniques des Centres Hospitaliers Généraux (urgences, gériatrie, pédiatrie, médecine...) et les compétences des nombreux acteurs de santé mentale du territoire
- Développer une vision sociale soucieuse de la qualité de vie au travail des salariés
- Valoriser et favoriser l'ouverture culturelle compte tenu du patrimoine dont dispose la Fondation
- Répondre aux besoins et conforter la file active aussi bien en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie adulte, pour des prises en charge essentiellement ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète
- Développer l'offre médico-sociale, répondre aux exigences des bonnes pratiques notamment concernant l'autisme et participer aux politiques publiques sur le handicap (favoriser les parcours de prise en charge, participer aux Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées)
- Limiter les effets de la pénurie médicale tant en matière de recrutement, de formation, de partenariats que de délégations d'actions médicales et réorganiser les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement.

A portrait of Marie-Françoise Quinton, a woman with short grey hair and glasses, wearing a red cardigan over a white shirt and blue jeans. She is standing with her arms crossed against a grey background. A yellow speech bubble graphic is overlaid on the bottom left of the image, containing the text 'Pour les usagers, la voix est libre'.

Pour les usagers, la voix est libre

“

Une sœur, récemment décédée, dont le handicap psychique s'est déclaré à l'âge de 14 ans, des parents adhérents de l'UNAFAM dont elle avait pris le relai auprès de sa sœur, Marie-Françoise Quinton a accepté, à la demande du Conseil d'Administration de la Fondation, d'être la personne qui porte la voix des usagers.*

L'expression des usagers a émergé au terme de deux démarches parallèles : la représentation des usagers dans la Fondation et la création du Forum Citoyen. Ce projet des usagers est la synthèse des deux projets, en même temps qu'il fait fidèlement écho à chacun des deux. Depuis une dizaine d'années, la Fondation a amorcé un tournant gigantesque fortement investi dans le social et le médico-social pour sortir du schéma de la psychiatrie, du tout-psychiatrique. Aujourd'hui, la place donnée au projet des usagers montre bien l'importance accordée à leur parole pour la recherche d'une meilleure prise en charge.

Trois aspects de la vie de la Fondation ont été plus particulièrement approchés : la prise en charge des patients, la prise en charge spécifique de l'autisme et le fonctionnement de l'Institution. Autour de ces trois champs, nous avons formalisé neuf recommandations fortes. Il s'agit d'offrir aux patients et aux familles davantage de lisibilité et de visibilité de la Fondation et d'avoir un regard et une juste connaissance du déroulement des séjours des usagers. Il s'agit aussi de faire en sorte que le ressenti des familles puisse s'exprimer : quand on peut dire les choses, être écouté, cela change tout, pour tout le monde. Pour les usagers, le besoin est très fort de projets individualisés avec une diversité de services proposés qui, justement, s'adaptent à chaque individu. Sur ce point, la Fondation est plutôt en pointe et cela bouge tout le temps. La Fondation a pris l'initiative de créer un Forum Citoyen, qui, une fois ses recommandations émises, a pour objet d'en assurer le suivi sur la durée du projet d'établissement. Cette initiative audacieuse est un défi à relever aussi bien par la Fondation que par celles et ceux auxquels elle s'adresse.

Marie-Françoise Quinton

Membre du Conseil d'Administration de la Fondation - a suivi et animé l'élaboration du projet des usagers

[* UNAFAM : union nationale de familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques]

Le projet des usagers

LA VISION DES USAGERS, DE LA POPULATION ET LEURS PROPOSITIONS

A - La prise en charge des patients	42
B - La prise en charge spécifique de l'autisme	43
C - Le fonctionnement de l'Institution	44

LA VISION DES USAGERS, DE LA POPULATION ET LEURS PROPOSITIONS

Ce projet se nourrit de deux sources de réflexion :

La Fondation du Bon Sauveur a souhaité faire apparaître, dans son projet d'établissement, l'expression de ses usagers, telle qu'elle a émergé au terme de deux démarches parallèles. La première démarche a consisté à recueillir la parole des représentants des usagers dans les instances appropriées de la Fondation (voir encadré « Représentation des usagers »). La seconde démarche a été de créer un Forum Citoyen (voir encadré « Forum Citoyen ») qui, une fois constitué, a soumis à la Fondation un ensemble de recommandations prioritaires.

Les recommandations

Au terme de ces démarches, il apparaît que le projet des usagers peut se décliner en neuf recommandations relatives à trois champs d'action de la Fondation, à savoir :

- la prise en charge des « patients »
- la prise en charge spécifique de l'autisme
- le fonctionnement de l'Institution

On trouvera en annexe 5 l'explicitation de ces recommandations par une série de constats auxquels sont associées des recommandations plus détaillées. Ces dernières sont assorties d'un indicateur permettant d'en suivre la mise en œuvre sur la durée du projet d'établissement.

La représentation des usagers dans la Fondation

Les usagers sont représentés au sein de la Fondation :

- dans la Commission Des Usagers (CDU), où siègent des représentants des associations agréées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ; ils sont au nombre de 7 pour une file active d'environ 11 000 personnes, dont 9 500 en soins ambulatoires ;
- dans les Conseils de Vie Sociale (CVS) des structures sociales et médico-sociales, où ils sont élus ; ils représentent un nombre d'usagers limité : de 8 pour 33 à 6 pour 120 suivant les structures ; les structures concernées sont :
 - l'EHPAD « Résidence de l'Abbaye »,
 - le Foyer d'Accueil Médicalisé « Maison des Fontaines »,
 - la Maison d'Accueil Spécialisée « Maison des Roseaux »,
 - les Services d'Accompagnement (SAVS et SAMSAH) de Bégard, Lannion et Paimpol,
 - le Foyer de Vie de Lanvollon « Résidence Henri Terret ».

Le Forum Citoyen de la Fondation Bon Sauveur

Le modèle en est celui du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, lancé en 2013. Son rôle est, d'après le site Web de ce CHU, de « porter un regard critique et constructif sur les axes du Projet d'Établissement et de suivre sa mise en œuvre au cours des années suivant son adoption ».

Il comprend 16 membres ayant fait acte de candidature, choisis pour leur motivation par une instance extérieure à la Fondation. De parcours très différents, certains ayant été des malades soignés au sein de la Fondation, ils ont tous participé aux quatre réunions d'élaboration des recommandations, et sont disposés à prolonger leur engagement sur les 5 ans de la durée du projet d'établissement.

Tous les territoires où intervient la Fondation y sont représentés.

A - LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Si aujourd'hui, le champ d'intervention de la Fondation déborde la seule hospitalisation psychiatrique, il n'en reste pas moins qu'on s'adresse à elle notamment pour des soins. Les recommandations qui suivent expriment les attentes des usagers relatives à la prise en charge médicale.

Recommandation n° 1 : Améliorer la prise en charge médicale

La nature même de la souffrance psychique peut rendre particulièrement difficile le dialogue des soignants avec les patients et/ou leur famille. Mais ces derniers ont besoin de comprendre la réponse des soignants, et en particulier celle des psychiatres, pour l'accepter et y adhérer.

Cela passe par un meilleur retour d'information aux patients lors des consultations ou des hospitalisations, le déploiement de l'Education Thérapeutique, tant des patients que de leur famille, l'attention portée à la façon dont la réponse à l'appel de la famille et/ou du patient est donnée, en particulier lorsqu'une demande de rencontre avec un médecin psychiatre ne peut être satisfaite.

Recommandation n° 2 : Mieux répondre aux situations d'urgence et de crise

L'entourage familial et social d'un patient est souvent démuné, particulièrement en situation de crise, mais aussi dans la mise en place du dispositif « le patient au bon moment au

bon endroit », ou encore lors d'hospitalisation aux urgences de l'hôpital général de résidents des structures médico-sociales de la Fondation.

Pour y remédier, il serait utile :

- d'organiser des formations pour les familles autour de la gestion des crises
- de mettre en place un protocole de gestion des départs aux urgences de résidents assurant d'une part l'information immédiate des proches aidants, et d'autre part l'information du personnel médical des urgences relative aux soins psychiatriques dont le patient a besoin

Quant au dispositif « le patient au bon moment au bon endroit », la récente mise en place de la permanence d'Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) devrait grandement réduire ces dysfonctionnements.

Recommandation n°3 : Développer la concertation entre les acteurs lors de la sortie d'hospitalisation

La sortie d'hospitalisation d'un patient ouvre une période qui peut être à haut risque, surtout si elle n'est pas préparée et si le suivi du patient, faisant intervenir des professionnels aux compétences complémentaires, n'est pas bien organisé.

L'amélioration de ce suivi passe par :

- une communication plus fluide et une coordination plus efficace entre les différents acteurs, lesquels devraient pouvoir bénéficier de formations croisées

- l'information des proches, tant sur le suivi mis en place que les aides qu'ils peuvent trouver (formations, associations...)
- une liaison effective avec les familles et les partenaires institutionnels

B - LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'AUTISME



La compréhension de l'autisme a profondément évolué ces dernières années ; depuis 2013, on ne parle plus d'autisme mais de Troubles du Spectre Autistique, entraînant une évolution aussi bien dans les critères diagnostiques que dans la prise en charge. Les recommandations qui suivent manifestent l'importance que revêt, aux yeux des usagers et de leur famille, la prise en compte de cette évolution par la Fondation.

Recommandation n°4 : Poser et annoncer le diagnostic.

Certaines aides du département ne peuvent être obtenues qu'une fois posé le diagnostic par une instance accréditée, ce qui n'est pas encore le cas de la Fondation.

L'accréditation de la Fondation comme Unité d'Évaluation Diagnostique des Troubles du Spectre Autistique pourrait accélérer l'octroi de ces aides dans la mesure où, actuellement, les délais pour obtenir un rendez-vous à l'Unité de Brest, dont dépend le département des Côtes d'Armor, dépassent les 6 mois.

D'autre part, la mise en place d'un protocole d'annonce du diagnostic aiderait à un meilleur respect de la volonté du patient par tous les professionnels concernés.

Recommandation n°5 : Donner une vraie place à l'enfant et à sa famille dans le processus de prise en charge

Ce sont les parents qui sont les premiers témoins des troubles autistiques de l'enfant et, dans la mesure où ces troubles l'accompagneront toute sa vie, le processus de prise en charge ne peut ignorer l'environnement familial.

Par conséquent, la Fondation doit améliorer la prise en compte du contexte de vie des enfants pris en charge, en mettant en œuvre toute mesure associant les familles à cette prise en charge, et tout particulièrement pour la mise en place d'un Projet Pédagogique Individualisé.

Recommandation n°6 : Mettre en place, pour l'autisme, l'évaluation, le projet personnalisé et les supervisions extérieures

Les outils recommandés par la Haute Autorité de la Santé pour la prise en charge de l'autisme ne sont pas tous mis en œuvre dans la Fondation. Cette recommandation vise à soutenir la « révolution culturelle » que constitue la mise en place de ces Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles.



Loïc Nicolas
Président du Conseil
de Vie Sociale des 3 Services
d'Accompagnement à la Vie
Sociale (Lannion, Guingamp
et Bégard)

Construire son projet de vie
Depuis 2006, Loïc Nicolas travaille
quatre matinées par semaine
aux jardins potagers de Bégard.
Le Conseil de Vie Sociale sert
à organiser la vie de chaque Service
d'Accompagnement ; le principe
est de co-construire un projet
de vie et d'animations.

C - LE FONCTIONNEMENT DE L'INSTITUTION

À la différence des recommandations précédentes, quasi-exclusivement portées par le Forum Citoyen, les trois recommandations qui suivent émanent des représentants des usagers.

Recommandation n°7 : Améliorer l'efficacité de la représentation des usagers

Le Service des Relations avec les Usagers de la Fondation devra veiller à améliorer l'information en direction des usagers et de leur famille sur ce qu'ils peuvent attendre de leurs représentants, que ce soit dans les Conseils de Vie Sociale ou dans la Commission Des Usagers.

D'autre part, dans la mesure où les usagers (résidents et/ou aidants) sont parfois confrontés à des événements qu'ils considèrent comme indésirables, ou encore à des situations qu'ils ne comprennent pas, il convient de mettre en place un mode de signalement de ces événements et/ou situations qui ne soit pas ressenti de façon agressive par les personnels.

Recommandation n°8 : Améliorer la « lisibilité » et la visibilité de la Fondation du Bon Sauveur

Compte-tenu de l'histoire de la Fondation et de l'évolution de son champ d'intervention, il est aisé de s'y perdre, au sens propre comme au sens figuré.

L'amélioration de la signalétique, la modération dans l'utilisation des acronymes pour la communication, la rénovation des outils de communication

qui devraient être repensés à partir des attentes de leurs destinataires, devraient aider à s'y retrouver.

D'autre part, les efforts entrepris pour développer une communication positive, en particulier en organisant en plus grand nombre des événements ouverts au public, sont à amplifier. Cette communication positive ne peut que faire reculer la peur ressentie à l'égard de la maladie mentale dans le grand public, ce qui est une source de souffrance pour les malades et leur famille.

Recommandation n°9 : Améliorer le déroulement du séjour des usagers

Comme dans tous les établissements où des repas sont proposés, la qualité de ces repas vient en tête des motifs de satisfaction ou d'insatisfaction. En ce qui concerne la Fondation, les choses évoluent dans le bon sens, mais il existe des marges de progression, en particulier en s'inspirant d'initiatives visant à sortir de la médiocrité les repas servis dans les collectivités.

Un autre domaine particulièrement sensible est celui des activités proposées, que ce soit sous la forme d'ateliers thérapeutiques ou d'activités ouvertes. Pour convaincre les décideurs de l'efficacité indéniable des ateliers thérapeutiques, il serait utile d'élaborer un outil de « mesure » de cette efficacité.

D'autre part, lorsque se pose la question du maintien ou de la suppression d'une activité proposée aux résidents, aucune décision ne devrait être prise sans avoir pris en considération l'impact de la décision sur leurs bénéficiaires.

Les **deux démarches** qui ont conduit à l'élaboration des recommandations présentées ci-dessus ont fait apparaître **trois regards**, différents et complémentaires :

- celui des représentants à la CDU (Commission Des Usagers), désignés par les associations reconnues par l'Agence Régionale de Santé,
- celui des représentants aux CVS (Conseils de Vie Sociale), élus par les bénéficiaires des structures,
- celui des membres du Forum Citoyen, qui ont fait acte de candidature pour y participer.

Il faudra donc tenir compte, dans le suivi des recommandations sur la durée du projet d'établissement, de chacun de ces trois regards.

Par ailleurs, il n'est pas sans intérêt de remarquer la **diversité des désignations du public** que la Fondation a pour mission d'accueillir : « usagers », « patients », « handicapés », « bénéficiaires »... Cette diversité reflète celle des situations vécues au sein de la Fondation : on s'y fait soigner, aider, héberger...

Il convient cependant de ne pas oublier que derrière ces désignations, tout comme derrière celle des professionnels de la Fondation, il y a **des personnes**.

Ce projet s'appuie sur les moyens du Service des Relations avec les Usagers qui assure des missions d'accueil et de prise en charge administrative des patients (suivi, facturation ...). Il est le garant de la fiabilité juridique et administrative de l'admission des patients.

Le Service de Relations avec les Usagers constitue le premier contact avec l'Institution. Il doit donc assurer un accueil et une prise en charge administrative facilitant la suite du séjour (information aux usagers, droits des patients, cadre légal et réglementaire). L'évolution de l'accueil administratif de la Fondation Bon Sauveur de Bégard s'inscrit dans le cadre plus général de l'évolution du projet de l'établissement avec l'usager au cœur des préoccupations.


C'est pourquoi, dans le cadre des nouvelles modalités d'admission, la Fondation Bon Sauveur de Bégard organise, au printemps 2018, l'accueil administratif à proximité des unités d'admission.



Sylviane Guyomarc'h
Présidente de la Commission
Des Usagers de la Fondation ;
représentante des usagers,
adhérente à l'UNAFAM



**Aider à aider et lutter
contre l'isolement des familles
Aujourd'hui à la Fondation,
nous sommes plusieurs aidants
présents à la Commission
Des Usagers ; on est force
de proposition, on arrive avec
notre regard extérieur, on est très
encouragés et notre parole
a vraiment du poids et je pense
qu'on doit pouvoir encore mieux
organiser le soutien aux aidants
et expliquer plus précisément
encore la politique de la Fondation.**



La qualité au plus près
des Equipes et des Usagers
"une culture à partager"

“

L'usager est le partenaire de l'évolution de nos pratiques. Elles ont un impact sur les dimensions de qualité et de sécurité des services rendus.

Notre projet qualité-sécurité est participatif. Il est construit de la convergence et de la complémentarité, du recul des équipes de professionnels, du regard et des expériences des patients et de leurs familles, des évaluations nationales qui font référence. Ce projet, nous l'avons voulu lisible et compréhensible par tous, car la qualité n'est pas une contrainte mais un état d'esprit, une culture. D'ailleurs, cet état d'esprit anime déjà les professionnels de la Fondation dont on oublie parfois de reconnaître suffisamment la bienveillance. Nous avons, il est vrai, des obligations dans ce domaine particulièrement sensible et c'est au quotidien, sur le terrain, que la qualité s'exprime, doit se transformer en outil au service des professionnels, au service des soins et des usagers. Aujourd'hui, le projet partagé par toutes les strates œuvrant au sein de la Fondation, s'inscrit dans la pérennité et la continuité de la démarche qualité et gestion des risques.

Nous sommes là pour construire ces dimensions d'une prise en charge de qualité, en toute sécurité, en nous adaptant à chaque public de patients et aux équipes de professionnels. Dans cette construction, notre objectif est de réunir, de décroiser la réflexion et l'action, raison pour laquelle ce projet transversal est un fil conducteur déterminant.

Parallèlement, la gestion des risques est primordiale dans ce mouvement. D'un côté, l'existence des 'patients traceurs' permet d'avoir le recul de l'équipe, le recul du patient, le recul de la traçabilité ; d'un autre côté, l'analyse, l'identification et l'évaluation des risques convergent pour créer une amélioration permanente.

Kathia Foucher

Responsable Qualité / Gestion des Risques

Le projet qualité gestion des risques

A - La structuration de la démarche qualité et gestion des risques	48
B - Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)	50
C - Les orientations et les objectifs	50
1. Optimiser le management stratégique et la gouvernance du Comité qualité/risques de la qualité et de la gestion des risques.....	50
2. Déployer et coordonner un dispositif intégré de gestion de la qualité et de la sécurité, en favorisant l'implication des professionnels.....	52
3. Développer une culture partagée de l'évaluation et de l'amélioration permanente afin d'adapter en continu les réponses de l'établissement et les pratiques professionnelles aux besoins des usagers et attentes des parties prenantes	52
D. Les grandes orientations 2017-2021 du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)	53

La Fondation inscrit au centre de ses préoccupations l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et la gestion des risques.

La politique de la Fondation en matière de qualité et gestion des risques a pour objet la pleine satisfaction de nos patients, résidents. Elle vise à donner des soins adaptés à ses besoins, dans un souci de respect de l'éthique médicale, de maîtrise des risques et optimisation des moyens, tout en suivant les progrès des connaissances, des techniques médicales ; elle favorise aussi l'épanouissement et l'évolution des conditions des personnels.

Afin de mettre en œuvre cette politique, la Fondation s'est fixée deux grandes priorités :

- la satisfaction des usagers
- une culture partagée et coordonnée de la qualité et gestion des risques

Afin de répondre à ces priorités, la Fondation a défini un projet qualité gestion des risques qui s'inscrit dans la continuité d'une démarche stratégique globale d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de gestion des risques. Démarche développée depuis plusieurs années et initiée lors de la première certification en 2003 pour répondre aux attentes de la Haute Autorité de Santé.

La Fondation a obtenu sa 3^e certification en octobre 2016.

Cette démarche transversale couvre l'ensemble des secteurs d'activité des établissements de la Fondation Bon Sauveur. La dynamique en œuvre est d'améliorer les interfaces, de fluidifier

les prises en charges des usagers et d'optimiser l'organisation et les compétences en matière de pilotage de la qualité et gestion des risques, en capitalisant notamment sur les acquis de la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé.

Le dialogue constant entre le sanitaire et le médico-social s'inscrit ainsi dans une logique de parcours, de travail en équipes et d'une sécurité optimisée pour les usagers. Cette collaboration participe également à forger une culture commune de la qualité et de la gestion des risques.

Ce projet repose sur les valeurs communes de la Fondation : respect, bienveillance, écoute et dialogue, professionnalisme, engagement.

Sur le versant sanitaire,

le projet qualité et gestion des risques 2017-2021 est construit en cohérence avec le projet médical du Centre Hospitalier et intègre les grandes orientations de la Loi de Santé du 26 janvier 2016, du Programme National pour la Sécurité des patients et du Projet Régional de Santé en Bretagne. Il prend également en compte les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les référentiels de bonnes pratiques opposables.

Ce projet s'inscrit dans le prolongement du projet d'établissement et s'appuie sur une analyse approfondie des résultats du précédent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, de la certification V2014, des 2 thèmes d'impulsion de la Haute Autorité de Santé (HAS) « **bienveillance, qualité de vie au travail** », des indicateurs internes et externes, comme par exemple les Indicateurs pour l'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IQSS) ; des rapports annuels qualité et

gestion des risques et de la Commission Des Usagers.

Des actions d'améliorations sont attendues sur ces thèmes :

- Le respect de la dignité et de l'intimité des patients,
- Le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté,
- L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé,
- Le dispositif d'accueil du patient,
- Les prises en charge particulières,
- Le dossier du patient,
- La prise en charge médicamenteuse.

Sur le versant social et médico-social,

le fil conducteur est posé par l'élaboration d'un premier Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et le dialogue instauré à cet effet avec l'Agence Régionale de Santé en Bretagne et le Conseil Départemental des Côtes D'Armor.

Trois objectifs sont avancés :

- Améliorer la qualité de l'accompagnement
- Apporter une réponse adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne en situation de handicap
- Se doter d'une organisation efficiente au service des personnes accompagnées

En synthèse, le projet qualité gestion des risques de la Fondation s'articule autour de trois axes structurants communs au pôle sanitaire et aux structures médico-sociales.

Ce projet est structuré en 3 parties :

- La structuration de la démarche qualité et gestion des risques ;
- Le programme d'amélioration de la qualité et gestion des risques ;
- Les orientations, objectifs pour développer la démarche et l'évaluation de la politique qualité et gestion des risques.

A - LA STRUCTURATION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES



La démarche qualité-risques repose sur plusieurs instances afin de répartir l'effort à consentir en matière d'amélioration de la qualité et de maîtrise des risques.

Cette organisation responsabilise également chaque instance par rapport à des thèmes clairement identifiés :

- La responsabilité en matière de prises de décisions et d'attributions de moyens est confiée à un **Comité de pilotage qualité/risques** co-présidé par le Directeur Général et le président de CME. Cette instance propose les orientations stratégiques, valide et suit les programmes d'amélioration continue ;
- La responsabilité en matière de coordination, d'animation et de gestion de la démarche d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et d'hygiène est confiée au service qualité/risques ;
- L'établissement s'appuie sur les différentes instances pour travailler sur les sujets qui les concernent, ainsi :

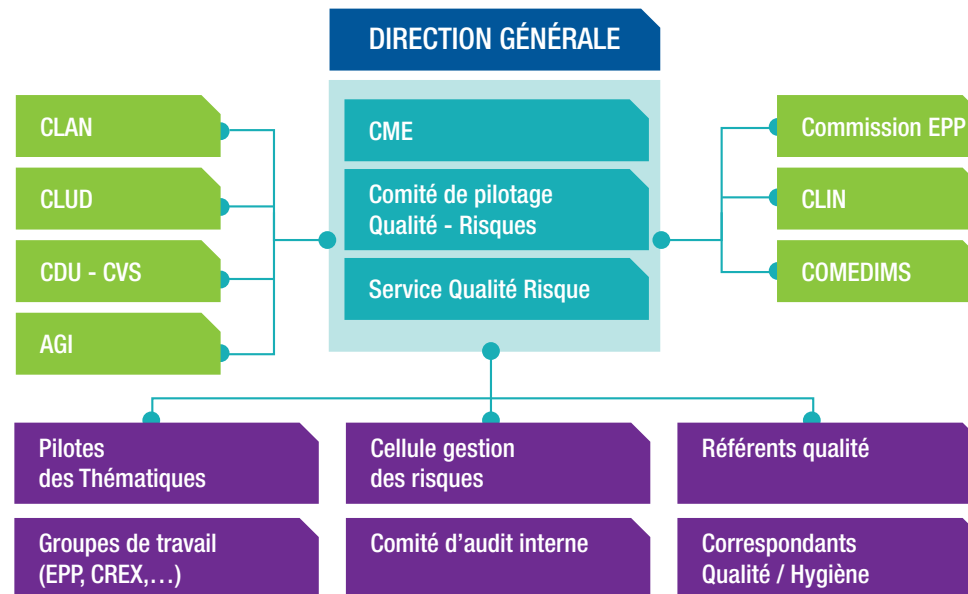
- Le **Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)** traite l'ensemble des sujets de l'établissement qui concerne l'hygiène et le risque infectieux.
- Le **Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD)** s'intéresse aux questions relatives aux prises en charge de la douleur et de la fin de vie. Une infirmière ressource douleur, titulaire d'un Diplôme Universitaire sera détachée sur un temps pour valoriser les accompagnements au niveau des équipes, en formation interne.
- La responsabilité en termes de droits des patients et de la qualité de la prise en charge est assurée par la **Commission Des Usagers (CDU)**. Cette instance est relayée par les Conseils de vie sociale (CVS) pour toutes ces questions dans le secteur social et médical social.
- Le **Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)** s'intéresse aux questions relatives à la prise en charge médicamenteuse et au circuit du médicament et dispositifs médicaux stériles.
- La responsabilité en matière de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du dispositif d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est confiée à la **Commission Evaluation des Pratiques Professionnelles**.
- Le **Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition* (CLAN)** traite des questions relatives à la nutrition et à l'organisation des repas.
- L'**Autorité de Gestion de l'Identification (AGI)** s'applique à définir et mettre en œuvre la politique d'identito-vigilance.

- La **cellule de gestion des risques** est en charge de la gestion, du traitement et de l'évaluation des événements indésirables.
- Des **correspondants qualité hygiène** sont le lien au niveau de l'établissement, dans l'unité ou le groupe d'unités de référence, entre le Service Qualité et les professionnels du terrain
- Des **référénts qualité de pôles** accompagnent la mise en œuvre et le suivi du programme qualité / gestion des risques du pôle.

- Différents groupes de travail plus restreints s'investissent ensuite sur des sujets spécifiques.

L'échange d'information entre le comité de pilotage qualité-risques et l'ensemble de l'encadrement a lieu lors des réunions de la commission qualité/risques et ou de réunions spécifiques.

L'organisation des démarches qualité-risques est reprise dans le tableau ci-dessous :



B - PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS (PAQSS)

La politique de l'Institution définit les grandes priorités et les responsabilités dans les domaines de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. Les projets sont mis en œuvre au travers d'un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins validé tous les deux ans par le comité de pilotage. Il rassemble les plans d'actions par instance ou «grands thèmes» à mettre en œuvre. L'ensemble du programme qualité/risques est défini, approfondi ou complété de différentes manières :

- sur demande du comité de pilotage qualité/risques
- par les exigences réglementaires
- sur demande de la Commission Médicale d'Établissement en application des décrets de 2010,
- sur demande de la Commission Des Usagers

Il est, très concrètement, présenté sous forme d'un tableau Excel composé des items suivants : domaine, provenance, thème et actions à mettre en œuvre, référent, échéance, état, service concerné et évaluation. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de Sécurité des Soins (PAQSS) prend en compte les actions issues de différentes origines (certification, Evaluation des Pratiques Professionnelles, indicateurs, inspection, audit, questionnaire de sortie, réclamation, déclarations d'événements indésirables, Analyse Préliminaire de Risques et réglementation...).

Chaque action proposée et validée dépend d'un ou plusieurs domaines : démarche qualité, gestion des risques... Enfin, une partie évaluation permet de réaliser le bilan des actions en début d'année suivante. Les différentes instances statuent sur la réalisation effective et l'efficacité de l'action. Pour ceci, elles tentent de privilégier au maximum les indicateurs chiffrés (nombre de réunions, résultat à la certification, mesure d'impact pour les audits et Evaluations des Pratiques Professionnelles...)

Le suivi opérationnel est réalisé par le service qualité gestion des risques et hygiène. Ils travaillent en coordination avec les membres des différentes commissions de l'établissement et l'ensemble des services.

C - LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS

Lors de l'approbation du présent projet, le Conseil d'Administration a fixé pour objectif prioritaire la production de la lettre de sortie au patient ; cette orientation devra être mise en œuvre pour le mois de mars 2018.

Partie intégrante du projet d'établissement, le projet qualité-gestion des risques s'articule avec les autres volets du projet d'établissement.

Un projet qualité décliné en trois grandes orientations de développement :

- Optimiser le management stratégique et la gouvernance du Comité qualité risques de la qualité et de la gestion des risques ;
- Déployer et coordonner un dispositif intégré de gestion de qualité et de la sécurité, en favorisant l'implication des professionnels ;
- Développer une culture partagée de l'évaluation et de l'amélioration permanente afin d'adapter en continu les réponses de l'établissement et les pratiques professionnelles aux besoins des usagers et attentes des parties prenantes.

1. Optimiser le management stratégique et la gouvernance du Comité qualité /risques de la qualité et de la gestion des risques

Objectif 1 : Coordonner les énergies par la mise en œuvre d'un pilotage opérationnel de la qualité et de la gestion des risques

- Renforcer le rôle de pilote de thématiques
 - Réévaluer le niveau de culture qualité/risques des pilotes des thématiques et leur connaissance de la démarche projet
 - Accompagner et former les pilotes des thématiques
- Pérenniser le travail réalisé par les commissions thématiques engagées dans le management de la qualité et des risques (CLIN, COMEDIMS, CLUD, CLAN...)
- Mettre à disposition des professionnels des outils de pilotage et de gestion documentaire efficaces

Objectif 2 : Développer le système de management de la qualité gestion des risques

- Déployer un logiciel spécifique couvrant tous les champs d'activités : gestion de la qualité et des risques, gestion documentaire GED, gestion des Evènements Indésirables, audits, enquêtes de satisfaction...
- Mettre en place, à tous les secteurs, le système de gestion documentaire et évaluer la gestion des documents
- Etendre les outils, méthodes attendues pour les prochaines certifications (V2018)

Objectif 3 : Améliorer la veille réglementaire afin d'être informé en permanence des nouvelles exigences

- Mieux coordonner les vigilances et la veille sanitaire

Objectif 4 : Accompagner la Commission Des Usagers (CDU), en concertation avec les Conseils de Vie Sociale (CVS), afin d'investir l'ensemble de leurs missions

- Promotion de la bientraitance / prévention de la maltraitance
- Prise en charge des patients en fin de vie
- Prise en charge de la douleur
- Gestion des mesures de restriction de liberté
- Suivi des indicateurs (PAQSS relatifs aux droits des patients (traçabilité de l'information)
- Développement de la réflexion éthique en lien avec le comité éthique de l'établissement

Objectif 5 : Développer des programmes et les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles qui concourent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Objectif 6 : Définir une stratégie de communication des démarches qualité et gestion des risques par la mise en place de tableaux de bords

- Améliorer les modalités de restitution des objectifs et bilans des sous-commissions, groupes de travail, pilotes des thématiques
- Développer une culture partagée et participative de la qualité gestion des risques :
 - Relancer la journée annuelle de la Fondation (développement d'une culture qualité/ gestion des risques
 - Participer au programme national pour la sécurité des patients et à la semaine de la sécurité du patient
- Développer et pérenniser les différents outils de communication

Objectif 7 : Assurer un suivi de la démarche de certification et des évaluations en progressant sur les sujets faisant l'objet de recommandations

- Préparer, mettre en œuvre et assurer le suivi de la certification V2014 vers la V2018



Kathia Foucher
Responsable Qualité / Gestion des Risques

La qualité et la sécurité tout au long du parcours des patients - résidents sont nos leitmotiv.



Jean-Paul Paillardon
Ingénieur Qualité / Gestion des Risques
(en retraite depuis août 2017)

En cartographiant les risques, nous inventons les réflexes préventifs et les actions curatives et créons un fonctionnement vertueux.

2. Déployer et coordonner un dispositif intégré de gestion de la qualité et de la sécurité, en favorisant l'implication des professionnels

Objectif 1 : Mettre en place un programme d'actions d'amélioration de la qualité et gestion des risques par secteur d'activité

Objectif 2 : Formaliser les pratiques et encourager leurs diffusions

- Poursuivre la réorganisation du système documentaire de l'établissement par le biais de la mise en place d'un nouveau logiciel qualité
- Asseoir les organisations en les formalisant après leur évaluation

Objectifs 3 : Accompagner les services lors des démarches institutionnelles d'évaluation et d'audit

Objectif 4 : Poursuivre les démarches d'Évaluation des Pratiques Professionnelles dans les secteurs d'activité et établissements, en lien avec les référentiels sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des Évaluations des Pratiques Professionnelles
- Valoriser les actions d'Évaluations des Pratiques Professionnelles par service
- Développer des analyses des thématiques et des revues de pertinence conformément aux attendus du manuel de certification V2014

Objectif 5 : Poursuivre les modalités de formation des professionnels

- Poursuivre la politique de formation des professionnels permettant l'appropriation des bonnes pratiques
- Développer des formations actions en interne
- Poursuivre la mise en place de la chambre des erreurs

3. Développer une culture partagée de l'évaluation et de l'amélioration permanente afin d'adapter en continu les réponses de l'établissement et les pratiques professionnelles aux besoins des usagers et attentes des parties prenantes

Objectif 1 : Poursuivre la revue annuelle du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et du Compte Qualité (CQ)

Objectif 2 : Renforcer les programmes d'action qualité gestion des risques des secteurs d'activité clinique et des fonctions administratives et techniques des établissements

- Par un suivi et une actualisation du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
- Par la planification d'un programme annuel d'audits, particulièrement ciblé sur les circuits à risques

Objectif 3 : Consolidation de la gestion des risques a priori

- Poursuivre la réévaluation des risques a priori (cartographie des risques)

- Mettre à jour régulièrement les plans d'urgence conformément à la réglementation
- Intégrer les interfaces parcours patients-résidents entre les partenaires extérieurs et les établissements du territoire

Objectif 4 : Optimisation de la gestion des risques a posteriori

- Poursuivre l'analyse des événements indésirables par les méthodes Revue de Morbidité et de Mortalité (RMM) et les Comités de Retour d'EXpérience (CREX)
- Les causes profondes des Évènements Indésirables Graves font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement, en associant les acteurs concernés

Objectif 5 : La satisfaction des usagers en interne et en externe est régulièrement mesurée et se traduit par des programmes d'amélioration continue présentés à la Commission Des Usagers

- Suivre les indicateurs qualité externe et interne en développant le benchmarking interne/externe
- Relancer les enquêtes de satisfaction des professionnels de santé et partenaires externes
- Développer des outils d'évaluation en lien avec la Commission Des Usagers (CDU).

Objectif 6 : Développer l'évaluation « patient traceur » inter établissement

D - LES GRANDES ORIENTATIONS 2017-2021 DU COMITÉ DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)



Les dernières années ont été caractérisées par la détection de souches de Bactérie Hautement Résistantes émergente (BHRe), d'épidémies de gastro-entérites, d'infections respiratoires aiguës, d'épidémies de gale.

La mission du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales est la protection des usagers, des professionnels de santé tout en préservant l'environnement.

Le projet concernant la lutte contre les infections nosocomiales, appelées aussi Infections Associées aux Soins, s'articule autour de 4 axes majeurs :

Axe 1 : Promouvoir la prévention du risque infectieux qui passe par les formations et les sensibilisations pour rappeler les bases de l'hygiène : **les précautions standard**, particulièrement :

- L'hygiène des mains, sans bijou et l'utilisation de solutions Hydro-alcooliques SHA
- Le port de gants à bon escient
- Le port de masques ...

Axe 2 : Développer la maîtrise du risque infectieux


Lorsque les événements infectieux sont avérés, la mise en place de mesures de **précautions complémentaires**, sur prescription médicale, permet d'éviter la transmission croisée des micro-organismes.

Les professionnels de santé doivent les connaître et les appliquer afin d'assurer la qualité et la

sécurité des soins (signalement à l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, pancarte d'affichage en cas de précautions complémentaires : contact, gouttelettes, air...)

Axe 3 : Évaluer les actions concernant la lutte contre les infections nosocomiales : pratiques professionnelles et circuits à risques : Déchet d'Activités de Soins à Risques Infectieux DASRI, repas, linge, entretien des locaux ...

Axe 4 : Améliorer la communication vis-à-vis des patients et des professionnels sur les indicateurs.



Ne rien lâcher
et affirmer notre ambition
d'excellence

“

Notre projet médical est écrit et partagé. Nécessairement il évoluera en fonction de la réalité médico-socio-économique territoriale et sociétale. Pour autant, si cette réalité est à intégrer, il nous faut ne rien lâcher pour faire que ce projet puisse fonctionner tel qu'il a été réfléchi collégialement. Dans ce sens, consciente d'une réalité à considérer objectivement (notamment la jeune génération de psychiatres qui devrait arriver), la Fondation doit être un acteur offensif, notamment dans sa capacité à promouvoir son projet. En effet, elle est un espace de métiers diversifiés et évolutifs pour les médecins et les professionnels soignants ou non, car elle ajoute à la psychiatrie classique une offre spécialisée, liée à ses réflexions, ses initiatives, et actions innovantes dans les domaines de la suicidologie, de l'addictologie, de la psychogériatrie, de la pédopsychiatrie et de l'autisme. Sa culture du respect du malade est retrouvée dans l'attention donnée au patient accueilli dans l'unité de soins sans consentement, avec un projet de construction neuve, assurant un accueil digne. Le projet médical est crucial au regard de la recomposition hospitalière à venir et à laquelle nous devons participer, gestion des urgences et parcours patient, implantation dans les Centres Hospitaliers Généraux partenaires. De même, face à la complexification de l'exercice soignant (évolution continue des outils, démographie médicale difficile, centres universitaires éloignés de Bégard territoire périphérique et relève générationnelle), il ne faut surtout pas perdre de vue que nous ne gérons pas des lits mais des patients, ce qui doit placer la certification au service des soins et de la qualité clinique, et non l'inverse.

Avoir les bons professionnels, médecins et leurs collaborateurs, au bon endroit au bon moment, tel est le principe de base de la nouvelle organisation proposée. Dans ce sens, l'évitement des ruptures dans le parcours de soin, le développement des équipes mobiles de précarité en addictologie, en psychogériatrie, et également pour les populations comme l'autisme, tout comme l'éducation thérapeutique des patients et de leurs proches vont continuer à structurer l'esprit des services de la Fondation et affirmer la qualité, la diversité et l'adaptabilité de la prise en charge médicale, en répondant au besoin des personnes et aux déterminants de santé publique de notre territoire, avec une motivation accrue par la volonté évidente d'investissement de tous.

Dr René Le Guern

Président de la Commission Médicale d'Établissement

Le projet médical

LES ACTIVITÉS MÉDICALES 58

LE DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE (DIM)

A - Préambule : les missions du Département d'Information Médicale (DIM) 58

B - Bilan de l'existant 59

C - Perspectives 59

LE PLAN D' ACTIONS

A - Axe 1 : faciliter l'accueil, le diagnostic, l'orientation et les soins dans une logique de parcours du patient sur tout le territoire 60

1. Eviter les ruptures de soins..... 62

2. Moyens pour atteindre les objectifs généraux..... 62

B - Axe 2 : constituer deux pôles de psychiatrie adultes et consolider le pôle de psychiatrie infanto-juvénile 63

1. Le projet du Pôle Armor 65

2. Le projet du Pôle Argoat..... 67

3. Le projet du Pôle Infanto-Juvénile 71

C - Axe 3 : Répondre aux déterminants de santé publique du territoire : prévention du suicide, gérontopsychiatrie, addictologie, tabacologie et précarité 72

1. Améliorer la prévention du suicide..... 72

2. Développer la psychogériatrie..... 75

3. Conforter la réponse aux besoins spécifiques des prises en charge en addictologie..... 77

4. Continuer la promotion des actions de lutte contre le tabagisme..... 78

5. Développer l'Equipe Mobile de Précarité en Psychiatrie (EMPP)..... 79

D - Axe 4 : Consolider les prises en charges spécifiques notamment en matière d'autisme, d'éducation thérapeutique, d'approches systémiques, d'électroconvulsivothérapie 80

1. L'autisme 80

2. L'Éducation Thérapeutique du Patient..... 82

3. L'approche systémique 84

4. Développer la thérapie de l'électroconvulsivothérapie (ECT) 86

E - Axe 5 : Garantir la qualité de la prise en charge médicale 88

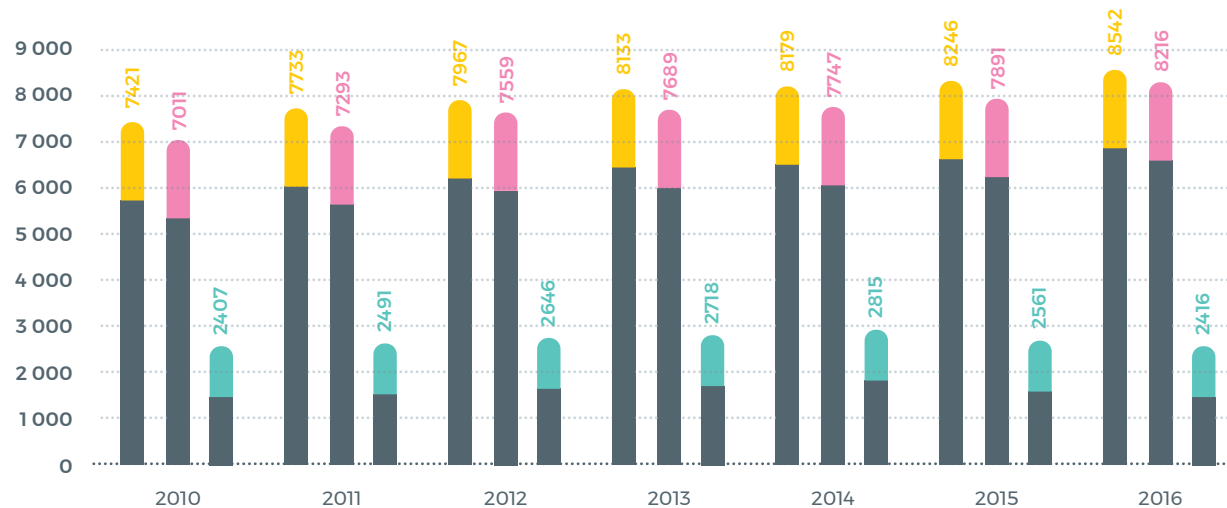
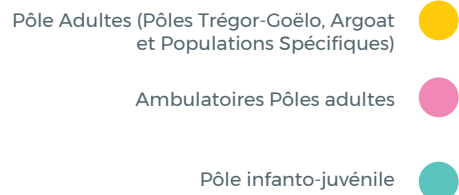
1. Renforcer l'attractivité médicale 88

2. Poursuivre les délégations d'actions médicales de soins vers d'autres métiers en cohérence avec le projet de soins et d'accompagnement 88

3. Développer les articulations avec la médecine de ville et développer la télémédecine 89

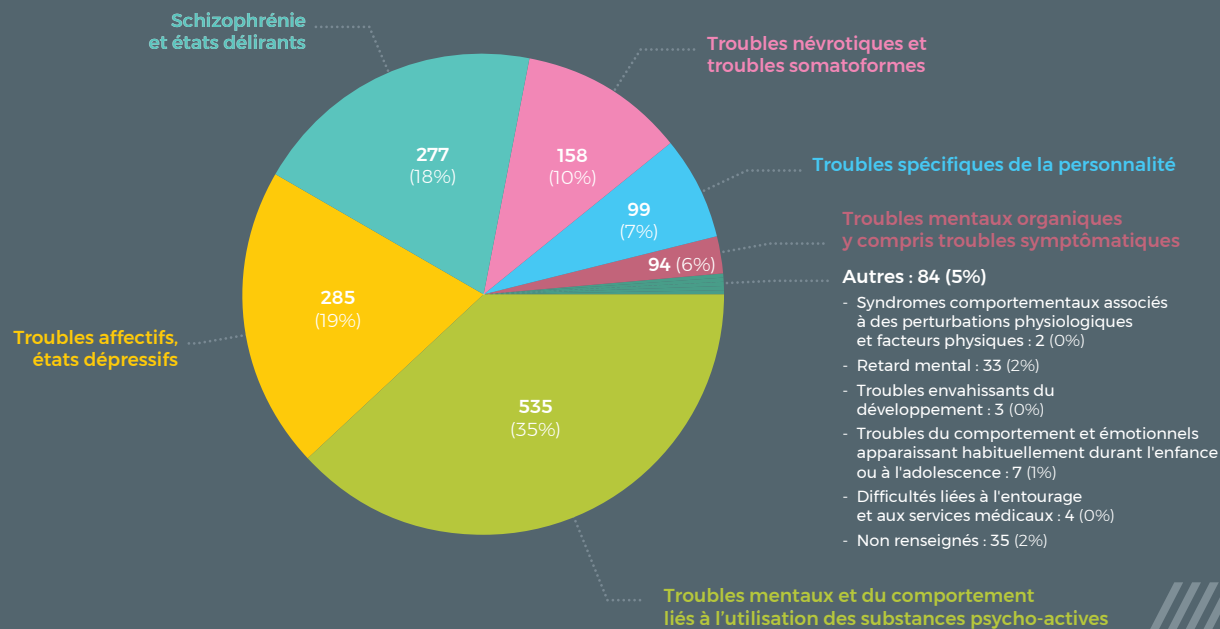
4. Conforter/Consolider une prise en charge somatique des personnes accueillies y compris dans le pôle médico-social	90
5. Coordonner les secrétariats médicaux.....	91
F - Axe 6 : Améliorer la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes	92
G - Axe 7 : Renforcer le partenariat avec le Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor	95
H - Axe 8 : Participer à l'élaboration du Projet Départemental de Santé Mentale (PDSM) en lien avec le Groupement de Coopération Sanitaire et les acteurs du champ social et médico-social	97
1. Finalité : l'organisation de la santé mentale	97
2. Objectifs	97
3. Dispositif	97
I - Axe 9 : Étudier la possibilité d'implanter des lits de psychiatrie au sein de l'hôpital général	99
1. Finalité	99
2. Objectifs : étudier 3 hypothèses à moyen terme	99

FILES ACTIVES PAR PÔLE DE 2010 À 2016



PATHOLOGIE DES 1 538 PATIENTS HOSPITALISÉS À TEMPS COMPLET

EN 2016
PÔLE ARGOAT, TRÉGOR GOËLO,
POPULATIONS SPÉCIFIQUES

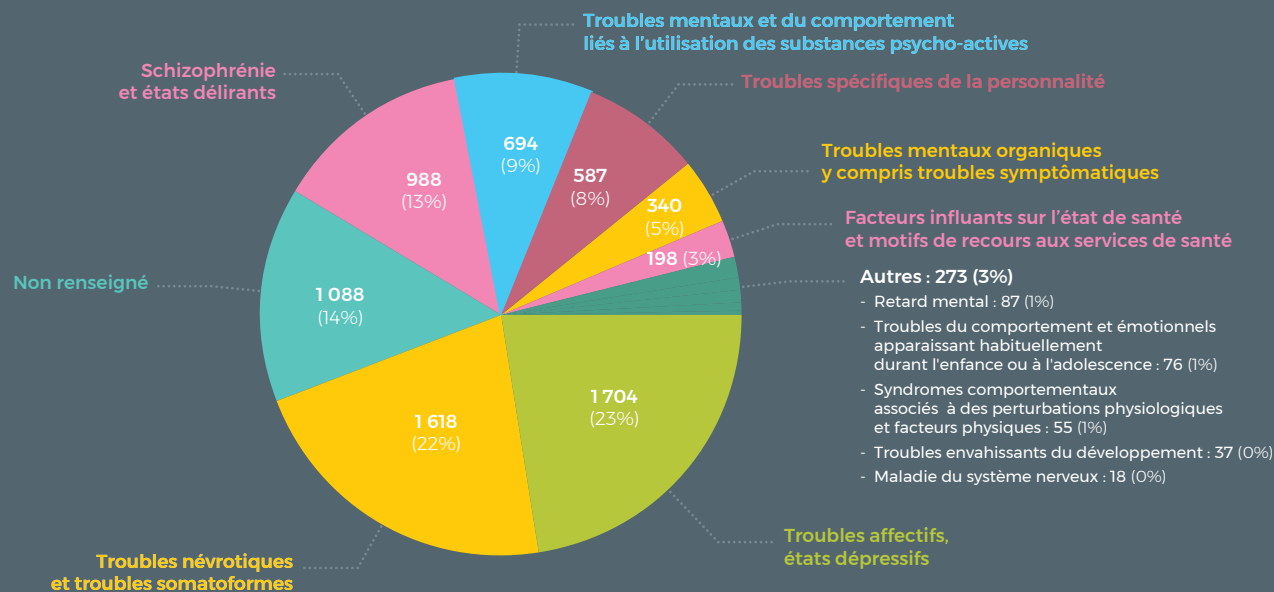


PATHOLOGIE DES 7 526 PATIENTS VUS EN AMBULATOIRE

EN 2016

PÔLES ARGOAT, TRÉGOR GOËLO,
PSYCHO-GÉRIATRIE SANS ADDICTOLOGIE

Les pathologies nécessitant une prise en charge ambulatoire sont beaucoup plus variées :



LES ACTIVITÉS MÉDICALES

La file active annuelle est proche de 11 000 patients vus au moins une fois dans l'année.

Sur ces 11 000 patients, 1 538 ont fait l'objet d'une hospitalisation à temps complet en 2016 soit environ 14% pour une Durée Moyenne d'Hospitalisation de l'ordre de 37 jours dans l'année.

Les pathologies nécessitant une hospitalisation sont majoritairement liées à une psychose ou des troubles du comportement majeurs, sans oublier les troubles de l'humeur et le risque suicidaire. Par ailleurs, le Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard répond également à une problématique addictive qui est le diagnostic le plus représenté, ce qui a conduit l'établissement à développer une offre spécialisée en coopération avec les hôpitaux généraux.

LE DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE (DIM)

A - PRÉAMBULE : LES MISSIONS DU DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE (DIM)



Le DIM est sollicité pour produire les données statistiques, audits et états des lieux. Il contribue à la construction du projet médical, véritable pierre angulaire du projet d'établissement.

Les missions du Département d'Information Médicale sont les suivantes :

- Garantir la préservation du secret médical et l'accès aux informations médicales.
- Assurer et organiser la production du Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie (RIMP), en s'assurant de sa qualité et en transmettant les données valorisées directement à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), l'Agence Régionale de Santé pouvant alors recueillir les données du RIMP.
- Assurer une veille réglementaire pour maîtriser les contraintes évolutives de la Haute Autorité de Santé, mais aussi de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), et de tous les acteurs tels le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- Construire les outils de pilotage (indicateurs, tableaux de bord), en lien avec les données médicales recueillies, et ce, avec le contrôleur de gestion.
- Produire de nombreux rapports d'activité pour les pôles en termes d'activité, participer à toutes les demandes de statistiques.
- Au sein de la Fondation, le Département d'Information Médicale a en charge le Dossier Patient Informatisé (DPI), du paramétrage du logiciel à la mise en place de nouveaux modules, mise à jour des versions, formation du personnel, accompagnement des utilisateurs (hotline + élaboration de manuels), en collaboration avec la Direction du Système d'Information et de l'Organisation qui en assure le copilotage.

- Le Département d'Information Médicale s'implique dans le circuit d'Identito-Vigilance mis en place sur le centre hospitalier auprès de l'Autorité de Gestion de l'Identification de l'établissement.
- Le Département d'Information Médicale participe et collabore aux travaux de l'association des Départements d'Information Médicale psychiatriques de l'Ouest (ADIMPSYBREIZH).

L'équipe du Département d'Information Médicale est composée d'un médecin, de deux Techniciens d'Information Médicale qui sont sous sa responsabilité et d'un infirmier.

B - BILAN DE L'EXISTANT



Au centre hospitalier, le Dossier Patient Informatisé (DPI) est largement développé dans les unités de soins d'hospitalisations et ambulatoires, ce qui permet une fiabilité des données du RIMP et une traçabilité importante du parcours de soins du patient. Le logiciel est en constante évolution, avec un déploiement au fur et à mesure de modules supplémentaires. Sur chaque module, le Département d'Information Médicale réalise le paramétrage conforme aux attentes des utilisateurs, la formation et l'assistance aux utilisateurs. Ces déploiements tiennent compte également des attentes du service Qualité / Gestion des risques relatives aux indicateurs qualité.

Dans le cadre de la loi de janvier 2016, une traçabilité des contentions et des mises en chambres d'isolement a été mise en œuvre dans le Dossier

Patient Informatisé, avec extraction du registre associé.

Le Département d'Information Médicale est copilote du Copil Dossier Patient et en assure le secrétariat.

Le Département d'Information Médicale a participé aux travaux de mise en place des tableaux de bord d'activité trimestriels, issus des données du RIMP, en lien avec le contrôleur de gestion.

Les données statistiques d'activité fournies par le Département d'Information Médicale chaque année, ont permis d'affiner le projet médical de la Fondation, en lien avec les partenaires du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor.

C - PERSPECTIVES



Axe 1 : Poursuivre le déploiement du dossier patient

- Intégrer dans le Dossier Patient Informatisé (DPI), au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé, une traçabilité complète de la prescription et de la surveillance de la Mise en Chambre d'Isolement (MCI) et de la contention.
- Proposer des indicateurs de suivis de cette pratique.
- Améliorer le registre des mises en chambre d'isolement existant et proposer des statistiques régulières.
- Organiser l'intégration des résultats biologiques dans le Dossier Patient Informatisé ainsi que leur prescription.

- Actualiser la charte des utilisateurs du logiciel dossier patient informatisé (CORTEXTE).

Axe 2 : Conforter l'organisation du Département d'Information Médicale dans le système qualité

Cette consolidation passe par :

- Le recrutement d'un mi-temps médical DIM. Le Département d'Information Médicale continue à approfondir les objectifs poursuivis par la Communauté Psychiatrique de Territoire en termes d'offre et de parcours de psychiatrie de santé mentale conformément au Projet Départemental de Santé Mentale. Compte tenu, d'une part, des difficultés de recrutement médical et, d'autre part, des recompositions hospitalières sur le territoire, le Département d'Information Médicale sera attentif à la constitution d'un Département d'Information Médicale de territoire. Le Département d'Information Médicale s'intéresse aux retours d'expériences sur cette thématique auprès des collègues de l'ADIMPSYBREIZH (les établissements de santé représentés ayant des configurations différentes les uns des autres). Le Département d'Information Médicale continue de se tenir informé des discussions sur le forum national des Départements d'Information Médicale et communique avec les équipes des autres hôpitaux.
- La réappropriation du relevé des indicateurs qualité (IPAQSS) par le Département d'Information Médicale
Au niveau du suivi de l'Identito-Vigilance, la politique doit être finalisée et validée, les procédures mises à jour et communi-

quées : le Département d'Information Médicale accompagne le médecin référent et les membres de l'Autorité de Gestion de l'Identification dans ces actions. L'intégration d'un système de déclarations des problèmes d'Identito-Vigilance directement dans le Dossier Patient Informatisé par les utilisateurs, et une traçabilité de la validation de l'identité doivent être travaillées par le Département d'Information Médicale.

Dans le programme d'amélioration des indicateurs IPAQSS : réduire les délais de production des comptes rendus d'hospitalisation avec le déploiement d'un nouvel outil tel que la dictée numérique (en lien avec la coordination des secrétariats médicaux et la Direction des Systèmes d'Information).

Axe 3 : Articuler le DIM avec le contrôle de gestion

En règle générale, le développement du Dossier Patient Informatisé permettra au Département d'Information Médicale d'extraire des données, qu'il faudrait pouvoir fournir de façon simple et régulière, avec mise à disposition directement accessibles dans le Dossier Patient Informatisé (travail à prévoir sur le déploiement du Module Stat Web de CORTEXTE).

Le Département d'Information Médicale est force de proposition quant au suivi d'indicateurs réguliers pour accompagner les différentes instances et Evaluations des Pratiques Professionnelles en place sur l'établissement. Ce travail nécessite du temps de préparation pour les fournir de façon automatique et à la demande. Un besoin de formation sur les outils de requête

semble indispensable (requêtes SQL, Stat Web CORTEXTE, etc.)

Le Département d'Information Médicale contrôle et corrige régulièrement l'activité saisie, et ce, dans le but d'améliorer la qualité des données du RIMP au long cours.

Il accomplit un travail de parangonnage s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue en lien avec la mise en place des contrats de pôle en collaboration avec le contrôleur de gestion.

LE PLAN D' ACTIONS

A - AXE 1 : FACILITER L'ACCUEIL, LE DIAGNOSTIC, L'ORIENTATION ET LES SOINS DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS DU PATIENT SUR TOUT LE TERRITOIRE



Le Centre Médico-Psychologique doit être la porte d'entrée systématique des demandes de prise en charge en journée. Son rôle est renforcé : il devient le pivot de toute l'organisation des parcours de soins.

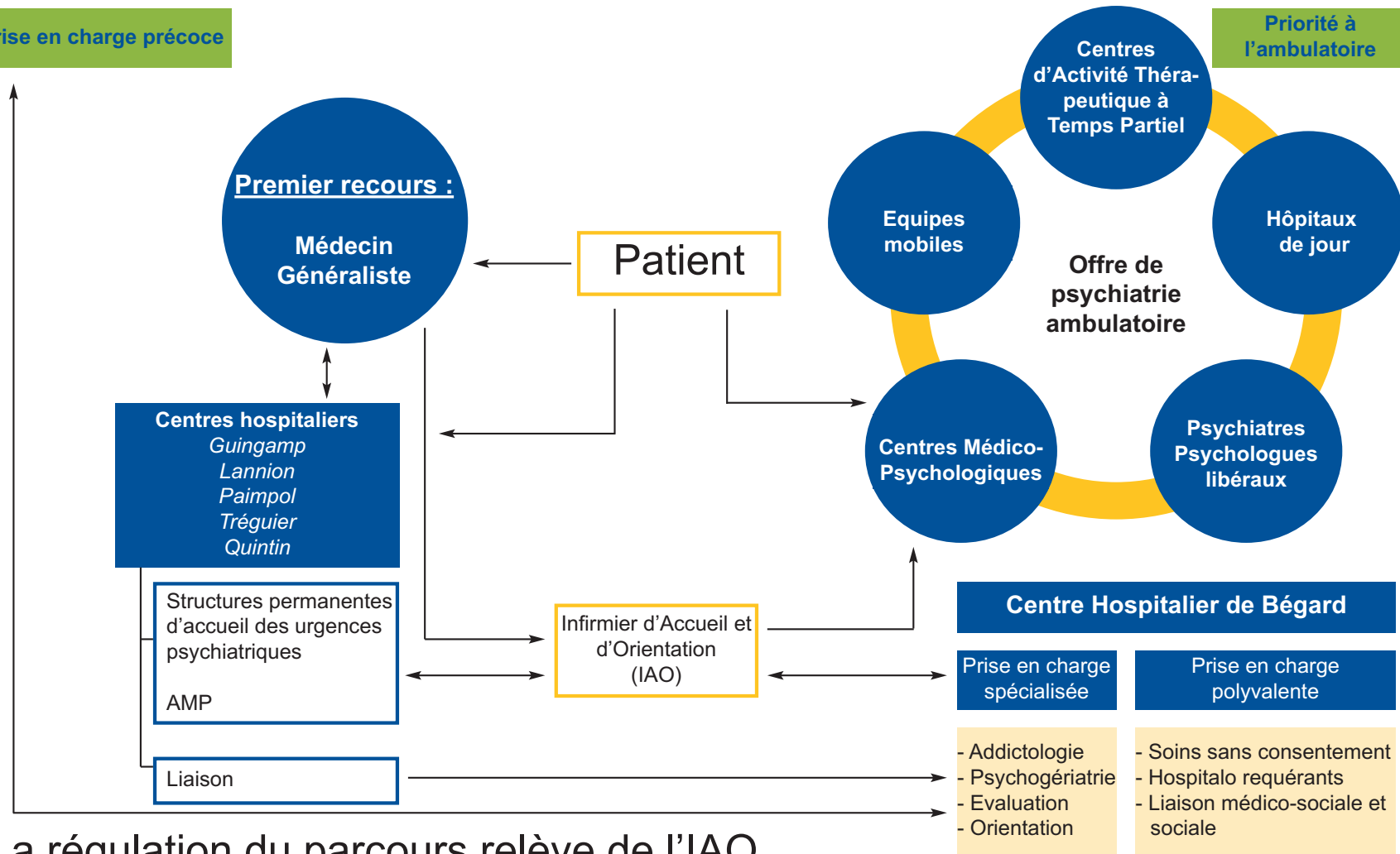
Il organise des actions gratuites de prévention, de diagnostic, des soins ambulatoires en lien ou non avec l'hospitalisation et des interventions à domicile d'infirmiers ou d'assistante sociale.

Lieu d'expression de la demande du patient ou de son entourage, il intervient également dans l'élaboration des projets d'alternatives à l'hospitalisation.

PARCOURS DU PATIENT EN PSYCHIATRIE

Prise en charge précoce

Priorité à l'ambulatoire



La régulation du parcours relève de l'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation)

En encadré vert : les grands objectifs du parcours

1. Éviter les ruptures de soins :

Dans le cadre des modalités d'admissions à la Fondation Bon Sauveur et afin d'éviter toute rupture de soins, il convient d'organiser :

- l'accueil de nuit et de week-end aux urgences des centres hospitaliers du territoire. L'utilisateur bénéficie alors d'un accès à un plateau technique d'investigation (biologie, imagerie) avant tout transfert au Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard après évaluation par un médecin psychiatre ou dans le cadre de l'addictologie de liaison,
- les admissions sur le site de Bégard :
 - hospitalisations programmées au service Saint-Luc
 - séjours spécialisés (gérontopsiatrie - addictions) dans le service de psychogériatrie et d'addictologie
 - hospitalisations en soins sans consentement au service Sainte Camille
 - unité de réhabilitation et de soins de suite adossée au tissu médico-social élargi au handicap psychique au service Ker Avel
- la coordination des parcours entre les équipes sanitaires et les équipes des structures médico-sociales (cf : Parcours 8 du projet de soins et d'accompagnement)

2. Moyens pour atteindre les objectifs généraux :

· Revoir les zones d'attractivité de chaque Centre Médico-Psychologique :

- Réorganiser les Centres Médico-Psychologiques de Quintin et de Callac (télémédecine, regroupement des temps d'intervention médicale sur une journée).
- Regrouper le Centre Médico-Psychologique de Trécarzec avec le Centre Médico-Psychologique de Paimpol afin d'apporter une réponse plus optimale aux besoins de la population. Cette réorientation vers le Centre Médico-Psychologique de Paimpol satisfait les usagers.

· Renforcer le site de Pabu : il convient de représenter l'ensemble des unités et missions qui s'y réfèrent : le Centre Médico-Psychologique, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, l'AMP (Antenne Médico-Psychologique des Urgences), l'hôpital de jour, l'Equipe Mobile de Précarité en Psychiatrie. Le renforcement du site passe par :

- Une modification de l'amplitude horaire : 8h - 18h
- L'ouverture du dispositif le samedi
- L'instauration d'une possibilité de consultation en urgence relayée par l'Antenne Médico-Psychologique
- Des interventions médicales et infirmières de liaison au niveau des EHPAD du Centre Hospitalier de Pabu

- **Renforcer le Centre Médico-Psychologique de Lannion :** au regard de l'activité croissante, il est nécessaire d'augmenter le temps médical et d'intégrer le projet à venir de l'Equipe Mobile de Précarité en Psychiatrie (EMPP) (cf. projet de soins et d'accompagnement).
- **Développer le Centre Médico-Psychologique de Bégard** qui doit s'externaliser pour aider à mieux couvrir les communes rurales du sud du territoire 7 et revoir sa période d'ouverture à hauteur de 5 jours/semaine et non plus 3 jours comme actuellement. La proximité géographique de ce Centre Médico-Psychologique avec le pôle Trégor-Goëlo et les communes desservies aujourd'hui par ce même pôle conduit à repenser le découpage de la carte de desserte par Centre Médico-Psychologique pour :
 - Renforcer les moyens par redéploiement
 - Asseoir la référence médicale
 - Eriger la plateforme de téléconsultations
- **Développer la téléconsultation** afin d'améliorer l'accès aux soins des zones rurales (cf. axe 5 du projet médical).
- **Conforter le dispositif IAO** (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) :
 - Assurer une continuité de réponse de service 24H/24H dans le cadre des nouvelles modalités d'admission des patients
 - Favoriser les alternatives à l'hospitalisation en privilégiant l'ambulatoire ou tout autre réponse adaptée (structures extra hospitalières et partenaires extérieurs) en lien avec le territoire

- Réguler les hospitalisations libres non programmées
- Évaluer la situation afin d'adapter l'orientation du patient vers les Centres Médico-Psychologiques ou les Antennes Médico-Psychologiques, ou orientation vers les partenaires extérieurs en concertation avec le médecin référent de l'unité Saint-Luc ou psychiatre de garde
- Assurer une réponse adaptée à l'interlocuteur : un numéro de téléphone spécifique dédié aux professionnels a été communiqué
- Le dispositif IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) travaillera en coopération avec le SRU (Service des Relations avec les Usagers) qui sera transféré au niveau de l'unité d'hospitalisation de Saint-Luc. Cette proximité entre professionnels va faciliter le circuit du parcours patient.

- **Généraliser 24 h / 24 le dispositif des Antennes Médico-Psychologiques** au sein des urgences des Centres Hospitaliers Généraux.

La mission de l'infirmier à l'Antenne Médico-Psychologique est d'assurer une fonction d'accueil et de prise en charge psychiatrique au sein des Hôpitaux en soins généraux sur le territoire.

Il permet une réponse coordonnée entre les professionnels des urgences et les membres de l'équipe pluriprofessionnelle de la psychiatrie. Il assure le travail de liaison avec les différentes unités du Centre Hospitalier Spécialisé (Dispositif d'Accueil et d'Orientation, Centre Médico-Psychologique, services

d'entrées..), en articulation avec la prise en charge somatique.

- **Regrouper l'ensemble du dispositif ambulatoire pour adultes** (Centre Médico-Psychologique / Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel / Antenne Médico-Psychologique / Hôpital de Jour / Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et future Equipe Mobile de Précarité en Psychiatrie) **sur le site du Centre Hospitalier de Lannion** (à l'identique de Guingamp).

Ce projet de regroupement immobilier permet de structurer un véritable pôle de santé à Lannion permettant une meilleure lisibilité de l'accueil pour les patients et une synergie de travail pour les personnels.

B - AXE 2 : CONSTITUER DEUX PÔLES DE PSYCHIATRIE ADULTES ET CONSOLIDER LE PÔLE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE



Passer d'une logique de sectorisation géographique à une logique de prise en soins par pathologie

Faire évoluer l'organisation en pôles engagée lors du dernier projet d'établissement et passer de trois pôles adultes à deux pôles adultes intersectoriels :

- **Pôle Armor** : prises en charges spécifiques en psychiatrie de court séjour, de primo-hospitalisations et de suicidologie, services d'addictologie et de psychogériatrie.

Ce pôle sera adossé à une unité d'hospitalisation (Saint Luc) qui assurera également l'évaluation et l'orientation des patients. Les Centres Médico-Psychologiques de rattachement du pôle sont ceux de Lannion, Paimpol.

- **Pôle Argoat** : pôle de soins sans consentement et de réhabilitation qui s'appuiera sur les unités Ker Avel, Sainte Camille en intra-hospitalier et sur les Centres Médico-Psychologiques de Bégard, Guingamp, Callac, Saint-Quay-Portrieux, Quintin et le dispositif d'hébergement social et thérapeutique des « Trois Logis » en extra-hospitalier.

- **Le pôle infanto-juvénile** reste à l'identique



Dr René Le Guern
Président de la Commission Médicale d'Établissement

Avoir les bons professionnels, médecins et leurs collaborateurs, au bon endroit au bon moment, tel est le principe de base de la nouvelle organisation proposée.

ORGANIGRAMME MÉDICAL | PROJET MÉDICAL 2017-2021

DIRECTION GÉNÉRALE

Directeur Général : M. Pascal Conan

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Président CME : Dr René Le Guern

PÔLE ARGOAT

Médecin chef de pôle : Dr Claire Bernard

Unité d'Hospitalisation
« Ker Avel » | Bégard
→ Médecin référent

Unité d'Hospitalisation
Sans Consentement
« Sainte-Camille » | Bégard
→ Médecin référent

Unité en Soins Prolongés
en Psychiatrie
« Saint-Bernard » | Bégard
→ Médecin référent

Soins Ambulatoires Adultes

CMP, CATT, HJ, AFT, DHST
Bégard
→ Médecin référent

CMP, CATT, HJ, AMP, EMPP
Guingamp
→ Médecin référent

CMP, CATT
Callac
→ Médecin référent

CMP, CATT
Quintin
→ Médecin référent

CMP, CATT
Saint-Quay-Portrieux
→ Médecin référent

PÔLE ARMOR

Médecin chef de pôle : Dr René Le Guern

I.A.O. Infirmiers d'Accueil
et d'Orientation
Bégard
→ Médecin référent

Unité d'Hospitalisation
« Saint-Luc » | Bégard
→ Médecin référent

Unité de Soins en Psychogériatrie
Bégard
→ Médecin référent

Equipe Mobile en Psychogériatrie*
→ Médecin référent

Clinique d'Addictologie | Bégard
HJ Addictologie | Bégard

CSAPA, ELSA
Guingamp, Lannion, Paimpol

Equipe mobile en Addictologie*
Bégard
→ Médecin référent

Cellule suicidants /
Prévention de la crise suicidaire
→ Médecin référent

Soins Ambulatoires Adultes

CMP, CATT, HJ, AMP, EMPP* | Lannion
→ Médecin référent

CMP, CATT, HJ, AMP | Paimpol
→ Médecin référent

PÔLE INFANTO-JUVÉNILE

Médecin chef de pôle : Dr Hélène Daurat

Soins Ambulatoires Infanto-Juveniles

CMPEA, HJ Enfants et Adolescents,
CATT, Enfants
Lannion

→ Médecin référent

CMPEA, HJ Enfants,
CATT, Enfants
Guingamp

→ Médecin référent

CMPEA, HJ Enfants,
CATT, Enfants
Paimpol

→ Médecin référent

Equipe mobile Adolescents
et Jeunes Adultes*

→ Médecin référent

DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE

Médecin référent : Dr Eric Goriou

PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR (PUI)

Pharmacien gérant : Dr Sylvaine Berthe

LEXIQUE DES SIGLES

AFT Accueil Familial Thérapeutique

AMP Antenne Médico-Psychologique

CATT Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

DHST Dispositif d'Hébergement Social et Thérapeutique

CMP Centre Médico-Psychologique

CMPEA CMP pour Enfants et Adolescents

CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

ELSA Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMPP Equipe Mobile Précarité en Psychiatrie

HJ Hôpital de Jour

* création en fonction des possibilités

1. Le projet du Pôle Armor

a. Finalité

Ce pôle de cliniques spécialisées a pour ambition de répondre aux problématiques spécifiques du territoire et de rapprocher des équipes dédiées, permettant un abord par pathologie, problématique ou âge, tout en assurant une meilleure régulation des admissions et des premières hospitalisations.

L'objectif est de :

- orienter rapidement les patients vers des prises en charge les plus adéquates en lien avec les objectifs définis par l'Agence Régionale de Santé et le Projet Départemental de Santé Mentale ;
- assurer une meilleure coordination des soins avec des équipes faisant bénéficier chaque patient d'une réponse ciblée qui distingue :
 - d'une part, la première hospitalisation résidentielle au Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard pour tous les troubles et particulièrement ceux de l'humeur et les crises suicidaires, les addictions, les personnes âgées mais aussi les psychoses émergentes ;
 - d'autre part, les partenaires externes que sont les Centres Hospitaliers Généraux du territoire d'intervention avec des dispositifs implantés tels que les Antennes Médico-Psychologiques, Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie, les Centres Médico-Psychologiques et Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, les Groupes d'Entraide Mutuelle et les établissements de santé partenaires.

Cette approche innovante place le patient au centre des préoccupations car le registre psychiatrique est multifactoriel : dimension psychotique et thymique associée à un volet addictologique (tabagisme, alcool et toutes les autres substances psycho actives), dimension suicidologique très présente dans notre territoire (lien alcool-suicide), vieillissement croissant de la population.

L'implication professionnelle mobilise, pour chaque unité ou site extra hospitalier, un binôme médico-infirmier référent bien identifié, permettant une offre organisée de proximité qui travaille toujours en lien avec le binôme médecin chef de pôle et cadre supérieur de santé.

b. Hospitalisation

Le **pôle ARMOR** est un pôle de cliniques spécialisées qui comprend :

b.1. Le service Saint Luc

Composé de :

- lits dédiés pour les premières hospitalisations libres quelques soient les troubles sauf les soins sans consentement
- lits ciblant la thymie essentiellement dépressive et suicidaire avec comme correspondant privilégié le dispositif de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire et ses antennes dans les centres hospitaliers de Guingamp – Lannion et Paimpol
- lits d'admission pour les patients nécessitant une hospitalisation rapide en attendant une orientation en addictologie, en psychogériatrie ou en attente d'hospitalisation sur le service Ker Avel.

Les patients proviennent, indifféremment, de leur domicile, adressés par un médecin traitant avec des prérequis. L'objectif est de les réorienter rapidement vers la prise en charge ambulatoire.

Missions de l'unité Saint-Luc :

- Accueillir en hospitalisation temps plein les premières demandes en assurant une évaluation clinique pluridisciplinaire ;
- Accueillir en hospitalisation temps plein les premières hospitalisations allant des décompensations psychotiques aux troubles de l'humeur ainsi que les admissions addictives non programmées ;
- Assurer une prise en soins et un accompagnement par une écoute attentive et sécurisante et un accompagnement personnalisé en documentant un dossier patient informatisé pluri-professionnel socle ;
- Aider et soutenir le patient dans l'élaboration et la maturation de son projet de soins individualisé ;
- Travailler en collaboration avec toutes les unités de soins intra et extra - hospitalières, dans la prise en soins, l'accompagnement et l'élaboration des projets de soins personnalisés des patients, ainsi qu'avec tous les acteurs du réseau et de l'environnement du patient.

Projection à 5 ans :

Capacité d'accueil de patients organisée sur deux ailes de l'unité à savoir : 25 lits

Le maintien de la chambre de soins intensifs permettra de gérer des situations difficiles ponctuelles pendant quelques heures, sans avoir besoin d'orienter vers l'unité fermée d'hospitalisation sans consentement.

b.2. Le service d'addictologie

La clinique d'addictologie avec ses 30 lits, 15 lits de sevrage simple et 15 lits de sevrage complexe, doit conserver sa capacité en lits et toujours être coordonnée avec l'hospitalisation de jour en addictologie. La liaison infirmière interne doit permettre aussi des visites infirmières à domicile pour cette population addictive, dont les premiers jours et les premières semaines après la sortie sont très fragilisants à l'origine de ré-hospitalisations accélérées. Le lien mis en place déjà par les équipes infirmières de liaison en amont de l'hospitalisation ou du suivi par le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) permet de fluidifier mais surtout de consolider la dimension ambulatoire déjà bien développée.

Une réflexion sur la création d'un Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) à vocation addictologique doit être également entamée en lien avec l'hôpital de jour d'addictologie. De même, l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) inter-hospitalière Guingamp-Lannion-Paimpol-Bégard doit conforter ses effectifs en lien avec les niveaux 1 de ses établissements partenaires.

b.3. le service de psychogériatrie de 20 lits.

La réduction de la capacité en lits de 25 à 20 et une durée moyenne de séjour ramenée au maximum à trois semaines s'accompagnent du changement de la typologie de la population accueillie.

Cette unité n'a pas pour vocation à accueillir des personnes âgées difficiles, ce qui renvoie

plutôt à un travail de réseau inter hospitalier avec les hôpitaux généraux et les médecins généralistes. Le nouveau projet médical va permettre des hospitalisations programmées avec une véritable psychiatrie de la personne âgée, appuyée également sur une consultation externe, devenant un des passages éventuels avant l'hospitalisation. Cette dernière doit rester le recours ultime obligeant à un échange direct entre les différents médecins ou structures concernés.

c. Ambulatoire

Les communes du sud du secteur sont rattachées au Centre Médico-Psychologique de Bégard dans une logique de proximité des prises en charge.

Actuel



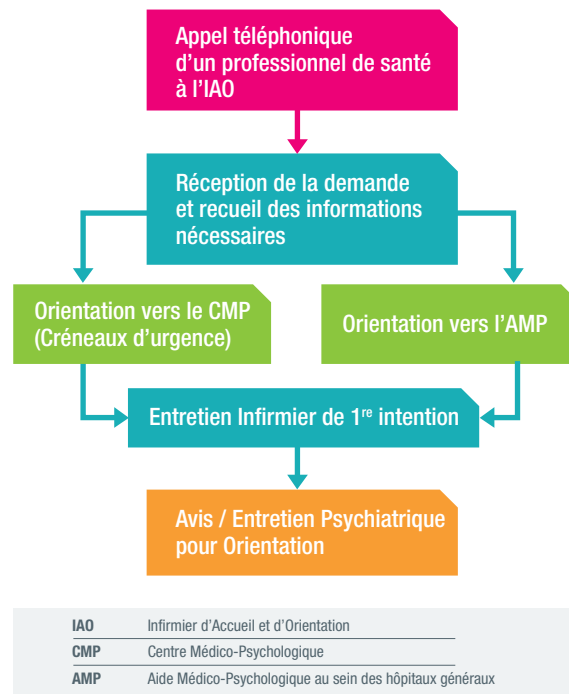
Futur



Fonctionnement médical :

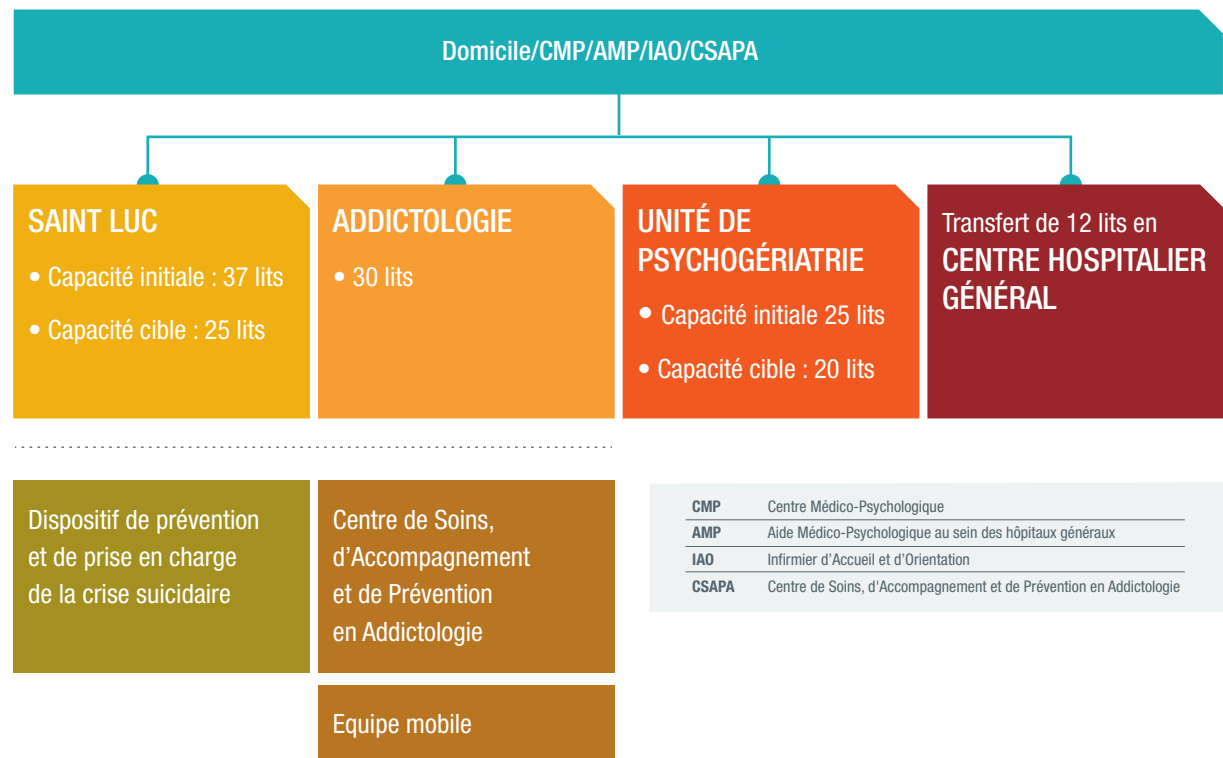
L'autonomie des unités ouvertes pour leurs admissions directes et organisées doit être effective, mais avec une intervention si nécessaire du médecin chef de pôle pour favoriser la plus grande fluidité dans le parcours du patient, en lien direct et permanent avec l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation situé dans l'unité fonctionnelle près du service de relations avec les usagers.

L'Infirmier d'Accueil et d'Orientation met en œuvre la procédure, selon le schéma ci-contre :



En cas de demande directe par un professionnel médical ou une structure de soins, la régulation se fait immédiatement par le médecin régulateur de permanence et/ou le médecin référent de l'unité concernée.

Il est nécessaire que les professionnels (médecins, infirmiers, psychologues) agissant dans des champs très spécifiques, bénéficient de formations complémentaires afin d'assurer le meilleur service médical rendu au patient pris en charge dans leur unité dédiée.



2. Le projet du Pôle Argoat

a. Finalité

Le pôle de psychiatrie polyvalente couvre les besoins du territoire de santé n°7 (Saint-Brieuc, Lannion, Guingamp) en matière d'hospitalisations itératives, de prise en charge de la psychose, des troubles de la personnalité ainsi que des patients en soins prolongés. Il assure également les prises en soins sans consentement.

Le pôle de psychiatrie polyvalente prend également en charge la population en soins ambulatoires sur la zone géographique de l'Argoat.

L'objectif est de :

- Mettre en œuvre le projet de l'unité de soins Ker Avel, déterminer la répartition et l'utilisation des lits au sein de l'unité en fonction des différentes pathologies

- Mener à terme la réhabilitation architecturale de l'unité fermée Sainte Camille à 25 lits
- Fermer l'unité de soins prolongés Saint Bernard
- Transférer le suivi des programmes de soins ambulatoires au Centre Médico-Psychologique de référence en fonction du lieu de résidence du patient

b. Hospitalisation

Le **pôle ARGOAT** est un pôle de cliniques polyvalentes qui comprend :

b.1. le service Ker Avel qui se compose de 35 lits :

- **une unité de 24 lits dédiée (fermable) pour l'accueil :**
 - de patients présentant des psychoses résistantes actuellement accueillis sur les unités de :
 - » Saint-Bernard
 - » Ker Avel
 - » Saint Luc
 - en complémentarité de l'unité Sainte Camille pour un certain nombre de patients en soins sans consentement. Cela permet de dégager des possibilités d'admissions à l'unité Sainte Camille. Il s'agit de patients stabilisés en soins sans consentement pour lequel un service contenant s'avère utile pour une durée non déterminée.
 - de bénéficiaires du dispositif d'hébergement thérapeutique « 3 logis » en cas de nécessité

- **une unité de 11 lits (ouverte)**, hors chambre d'apaisement, dans le cadre d'hospitalisations programmées (courts séjours) pour des patients déjà connus et suivis pour l'accueil :
 - programmé de patients présentant des troubles psychiatriques itératifs ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans l'année (courts séjours)

Missions de l'unité Ker Avel :

Toutes personnes adultes présentant des troubles psychiatriques, jusqu'à l'âge de 70 ans (au-delà, les admissions sont programmées en gérontopsychiatrie dès lors que le profil clinique entre dans les critères d'admission).

En hospitalisation complète, de nuit, en hospitalisation libre ou sous contrainte, dès lors qu'une stabilisation des troubles permet leur admission dans l'unité.

Capacité à 5 ans :

Capacité d'accueil sur deux sous-unités de patients accueillis au long cours à savoir 35 lits :

- **une unité de 24 lits**, pour les patients présentant des psychoses résistantes : réhabilitation psycho-sociale au regard de l'orientation MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), et ce dans l'attente de place en structure adaptée
- **une unité de 11 lits**, pour les patients bénéficiant de courts séjours : évaluation de troubles divers (humeur, troubles du comportement, réajustements médicamenteux...) ; évaluation sociale

b.2. le service en soins sans consentement de Sainte Camille de 25 lits.

Cette unité intersectorielle d'hospitalisation pour adultes à temps complet permet de répondre aux spécificités de prise en soins pour les hospitalisations uniquement sans consentement. Elle assure l'accueil, l'évaluation et la prise en soins des patients présentant des troubles psychiatriques aigus et nécessitant, pour un temps limité, des soins et une surveillance constante.

Missions de l'unité Sainte Camille :

Accueillir en hospitalisation sans consentement toute personne en situation de crise aiguë psychiatrique

- Assurer une prise en soins dans le cadre des recommandations des bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé (tout particulièrement la mise en chambre d'isolement et la contention, mais aussi l'identité-vigilance, la confidentialité, la liberté d'aller et venir...), définie avec le patient dans un cadre contenant où doit être recherché son consentement libre et éclairé tout au long de sa prise en soins
- Amener le patient à être acteur de son projet de soins personnalisés
- Evaluer les ressources, les potentiels et les besoins du patient (la participation active de son environnement familial est recherchée)
- Travailler en collaboration avec l'unité Ker Avel (zone fermée), l'extra hospitalier (Centre Médico-Psychologique / Hôpital de Jour / Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) et l'ensemble des acteurs du réseau

Public accueilli :

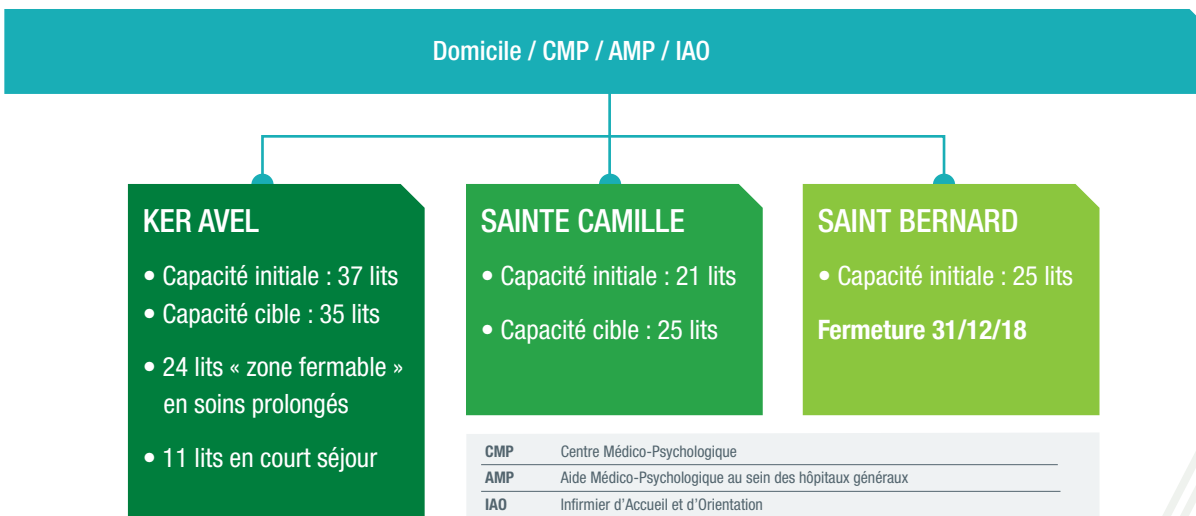
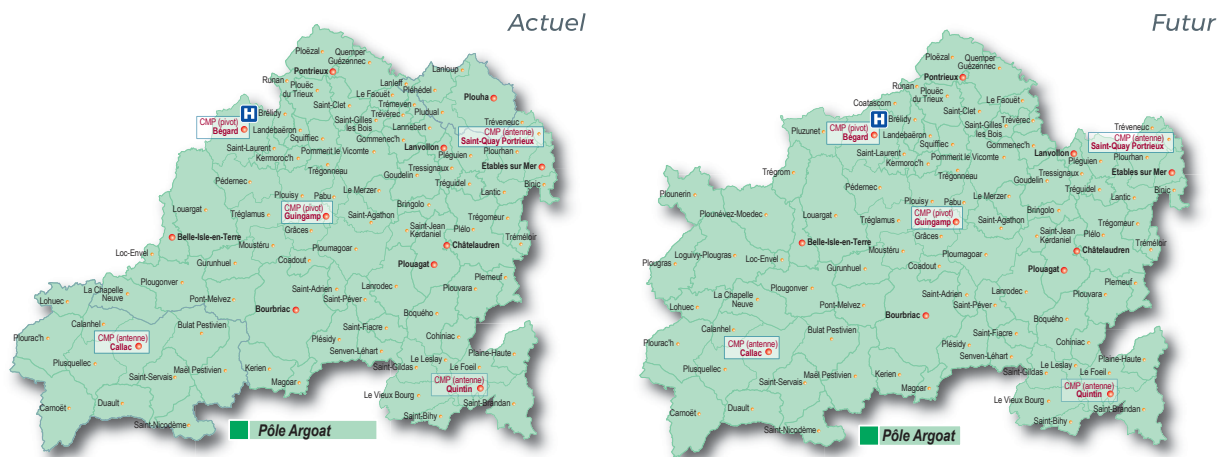
- Troubles schizophréniques et états délirants
- Troubles mentaux et du comportement comorbides liés à l'utilisation de substances psycho-actives ayant ou non des suivis conjoints avec l'addictologie
- Troubles affectifs, états dépressifs
- Troubles névrotiques
- Troubles spécifiques de la personnalité et du comportement

Capacité à 5 ans

- A l'installation du nouveau service (construction neuve) en 2019, la capacité sera portée à 25 lits hôteliers et 5 chambres de soins intensifs pour un **accueil global de 25 patients**. La chambre hôtelière sera toujours disponible lorsque le patient est en chambre d'isolement (zone de soins intensifs). Sur prescription médicale, à tout moment le patient doit pouvoir réintégrer sa chambre.

c. Ambulatoire

Les Centres Médico-Psychologiques de Bégard, Guingamp, Callac, Quintin et Saint-Quay Portrieux sont rattachés au pôle Argoat.



Jacques Loyer
Cadre Supérieur de Santé

Évolution des soins sans consentement

L'évolution des admissions en soins sans consentement ne cesse de croître depuis 2012 avec une forte augmentation chaque année de près de 14 % en moyenne.

Au regard des trois années, on constate une augmentation croissante des hospitalisations en Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) et des programmes de soins : +18% entre 2014 et 2015, et + 7.5% entre 2015 et 2016 avec une recrudescence des soins en urgence.

Cette situation n'est pas sans poser des difficultés de fonctionnement car la Fondation Bon Sauveur de Bégard ne dispose que d'une seule unité fermée de 21 lits en deçà des capacités des établissements voisins. L'établissement ne maîtrise pas le flux de ces admissions qui embolissent l'unique unité fermée et contraignent à orienter les patients dans les unités d'hospitalisation « libre ». Cette situation a donc conduit à identifier une zone fermée à l'unité Ker Avel.

Gestion du respect des libertés individuelles et des mesures de restriction de liberté

La liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit. C'est une composante de la liberté individuelle.

En application des textes réglementaires de référence et en adéquation avec les observations formulées lors des visites de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016 et du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL 2017)), la Fondation Bon Sauveur veille attentivement au respect des droits

des usagers, placés au centre des préoccupations institutionnelles.

Les restrictions de liberté nécessitées par certaines situations cliniques ou liées à la sécurité relèvent du projet personnalisé de soins ou du contrat de soins.

Dans la mesure où le patient consent aux soins, il doit également consentir à certaines règles : nécessité de respecter le règlement intérieur de l'hôpital, du service, de respecter des horaires...

Afin de protéger un patient, l'établissement peut changer le régime d'hospitalisation libre en soins sans consentement dans le respect de la réglementation et toujours sous le contrôle du Juge des Libertés.

Les situations de restriction de liberté dans l'établissement

Les mesures de restriction de liberté concernent essentiellement :

- Les situations cliniques urgentes (auto-hétéro agressivité, risque de suicide, agitation, nécessité d'une observation clinique spécifique avec surveillance attentive (états confusionnels, pré-démence, états maniaques ou dépressifs sévères, décompensation somatique (exemple : diabétique, observation post critique épileptique, préparation des examens complémentaires ciblés))
- La limitation des contacts et/ou des visites
- Le retrait des effets personnels, la mise en pyjama
- Le confinement en cas de risque de contamination infectieuse

- L'utilisation des téléphones mobiles et ordinateurs portables ...

Les pratiques professionnelles à la Fondation Bon Sauveur de Bégard

Les pratiques professionnelles intègrent la conciliation des principes de liberté et de sécurité, de bien-être et de respect de la dignité du patient. Elles reposent sur la concertation pluri-professionnelle et avec la famille, la réflexion bénéfico-risque, l'information et la recherche du consentement du patient et sur l'application des procédures de référence (en particulier d'isolement et de contention). L'établissement dispose de 6 chambres d'isolement sécurisées réparties sur trois unités d'hospitalisation.

Toute restriction de liberté relève du projet personnalisé de soins. Elle est réfléchie collectivement, validée par le médecin et applicable selon un protocole précis. Elle fait systématiquement l'objet d'une prescription médicale individuelle, datée et horodatée, réévaluée en lien avec l'observation infirmière :

- Le retrait des effets personnels, des téléphones, ordinateurs portables n'est jamais appliqué systématiquement.
- La mise en chambre d'isolement et la contention sont toujours prescrites en dernier recours, après avoir épuisé toutes les autres options. Elles doivent être évitées de façon systématique lors de l'admission. L'isolement et la contention respectent les nouvelles préconisations de la Haute Autorité de Santé : traçabilité dans le registre et surveillance médicale et soignante.

- Dès que leur état le permet, l'accompagnement des patients hospitalisés en soins sans consentement est organisé pour faciliter leurs mouvements : activités occupationnelles/ thérapeutiques, sorties à la cafétéria, promenades dans le parc de l'établissement...
- La liberté de correspondance est toujours garantie, quelle que soit la situation.
- les représentants des usagers sont présents dans divers instances et groupes institutionnels.
- Les règlements intérieurs sont élaborés sur le mode de l'ouverture (et non de la restriction) et du respect des droits. Tous les règlements intérieurs sont harmonisés sur la base d'une trame commune et adaptés si besoin à la spécificité des publics accueillis. Les règlements intérieurs précisent les droits et devoirs des patients, les modalités d'aller et venir et la nécessité d'adhérer à l'organisation des soins définie dans l'unité d'accueil. Le règlement intérieur rappelle que la loi prévoit que « toute personne hospitalisée est responsable des dommages causés à autrui. »
- L'établissement est extrêmement sensible au maintien d'un effectif soignant médico-infirmier toujours suffisant dans l'unité de soins pratiquant les soins sans consentement et dans toute autre unité confrontée à des pratiques de restriction de liberté. Le principe de renforcement des interventions du pôle Socio-Thérapeutique et Socio-culturel au service Sainte Camille doit être mis en œuvre et adapté au profil des patients de cette unité afin de lutter contre le sentiment d'inactivité et donc d'ennui des patients, notamment le week-end.

3. Le projet du Pôle Infanto-Juvenile

a. Finalité

Apporter des réponses en matière de dépistage, de diagnostic et de modalités d'accompagnement en soins des enfants, adolescents et jeunes adultes dans la logique parcours patients, dans une approche de projet de soins personnalisés, de parcours de soins, de projet de vie, en lien avec les partenaires sanitaires, de l'éducation nationale, judiciaires, médico-sociaux, associatifs, les familles, l'ensemble des interlocuteurs de première ligne.

b. Objectifs opérationnels

- Améliorer l'accompagnement en soins des enfants, adolescents, familles en Centre Médico-Psychologique lors de l'accueil, du diagnostic, de l'orientation, des suivis en renforçant la pluridisciplinarité de l'équipe
- Améliorer le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants en hôpital de jour
- Co-construire une approche graduelle des soins pour répondre aux problématiques des adolescents en lien avec les partenaires (pédiatrie, Unité Temps Plein pour Enfants et Adolescents (U.T.P.E.A.), autres partenaires sanitaires/éducatifs/sociaux/judiciaires, les interlocuteurs de première ligne...).

AMBULATOIRE

CMPEA /CATTP
Guingamp

CMPEA/CATTP
Lannion

CMPEA/CATTP
Paimpol

HÔPITAUX DE JOUR

Enfants

Guingamp : 7 places

Lannion : 8 places

Paimpol : 8 places

Adolescents

Lannion : 7 places

(Dispositif transversal sur le Pôle)

ÉQUIPE MOBILE

adolescents/jeunes adultes

LABELLISATION DU PÔLE

niveau 2 de diagnostic et d'accompagnement précoce des enfants/adolescents avec TED / TSA et participation à la mission d'appui sur le département



Dr René Le Guern
Président de la Commission
Médicale d'Établissement

La Fondation doit être un acteur offensif, notamment dans sa capacité à promouvoir son projet.



Sylvie Le Goas
Cadre Supérieure de Santé

- Améliorer les conditions d'accueil des usagers et de travail des professionnels
- S'inscrire dans la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques dans le cadre de la labellisation de l'équipe du pôle infanto-juvénile et de sa participation à la mission d'appui en matière de diagnostic et de prise en charge précoce des enfants/adolescents porteurs de Troubles Envahissants du Développement ou de Troubles du Spectre Autistique, en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires
- Adhérer au Groupement d'Intérêt Public « Maison des Adolescents » des Côtes d'Armor
- Plus largement, dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, participer au développement d'une instance spécifique de santé mentale au sein des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) pour enfants et adolescents. Ceci permet de garantir leur parcours et d'intégrer une commission enfance et petite enfance comprenant les professionnels de la santé scolaire, de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), de la pédiatrie et des maternités...

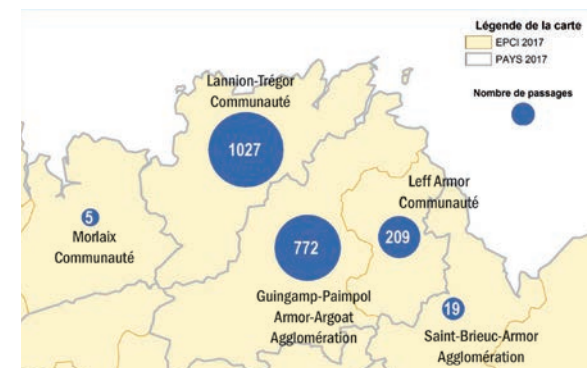
C - AXE 3 : RÉPONDRE AUX DÉTERMINANTS DE SANTÉ PUBLIQUE DU TERRITOIRE : PRÉVENTION DU SUICIDE, GÉRONTOPSYCHIATRIE, ADDICTOLOGIE, TABACOLOGIE ET PRÉCARITÉ

1. Améliorer la prévention du suicide

a. État des lieux sur le territoire

En Bretagne, il n'existe pas de recensement des tentatives de suicide. Toutefois, un recueil de données exhaustif et pérenne concernant les tentatives de suicide prises en charge au sein des services d'urgences des trois hôpitaux du territoire a été mis en place à partir du 1er janvier 2011. Ce recueil a été réalisé en lien avec l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, le Conseil Régional et l'Agence Régionale de Santé Bretagne.

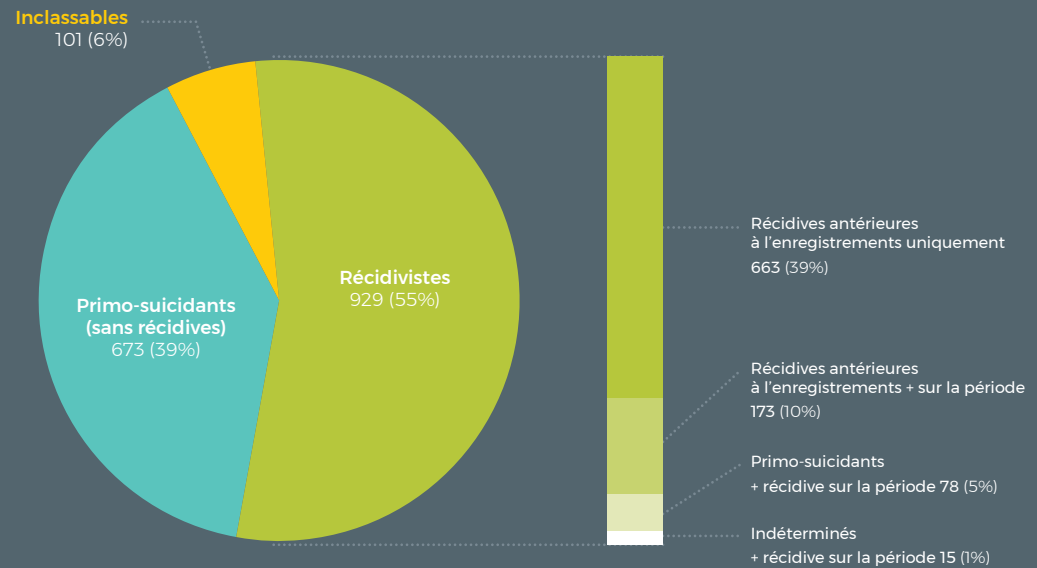
Répartition des passages pour tentatives de suicide selon l'EPCI de domicile des patients



Source : Fondation Bon Sauveur - Recueil Tentative de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne - Délimitation des pays et des EPCI dans la géographie en vigueur au 01/01/2017

RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR STATUT VIS-A-VIS DE LA RÉCIDIVE

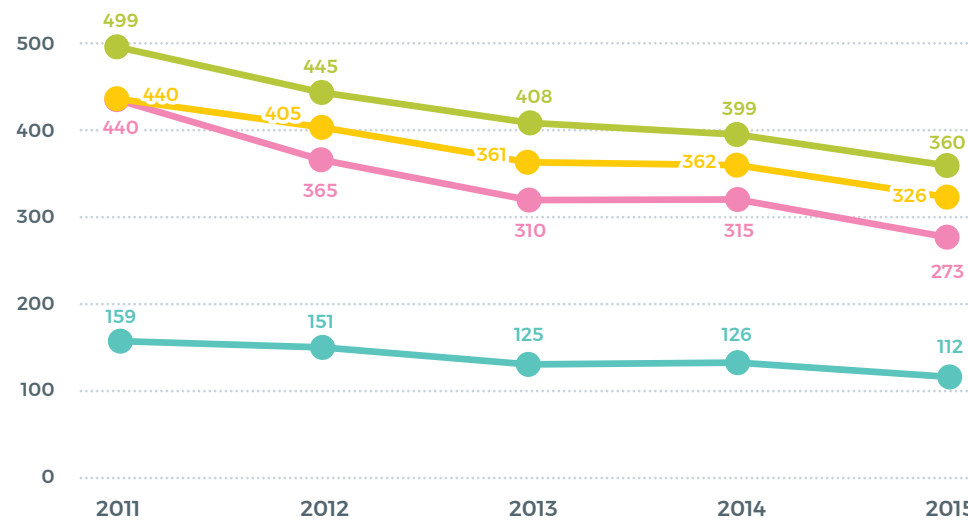
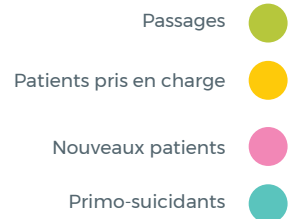
Les caractéristiques de la cohorte



Source : Fondation Bon Sauveur - recueil des Tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES ET DE PATIENTS PRIS EN CHARGE SELON L'ANNÉE DE RECUEIL

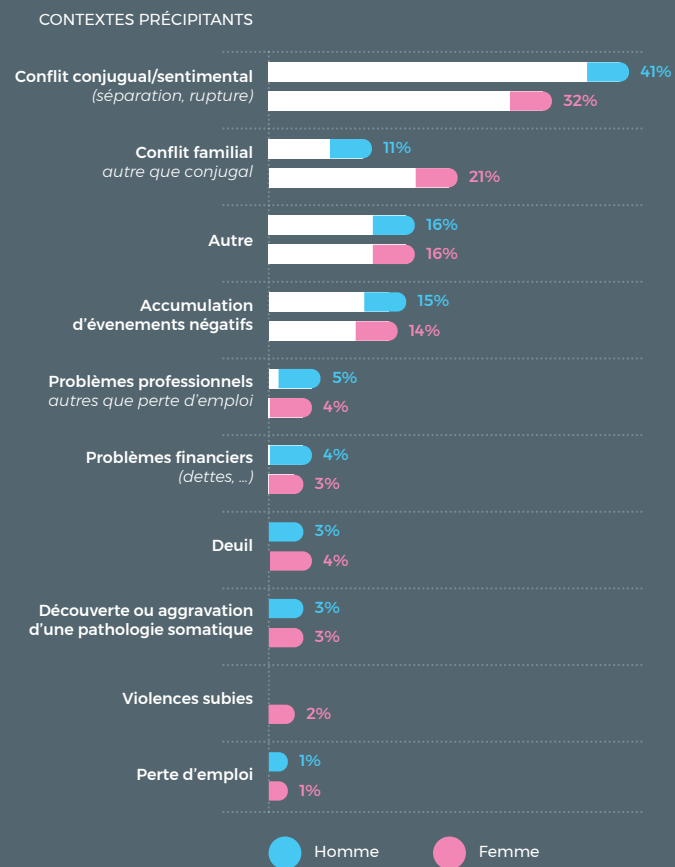
Baisse des indicateurs dans le temps



Source : Fondation Bon Sauveur - recueil des tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

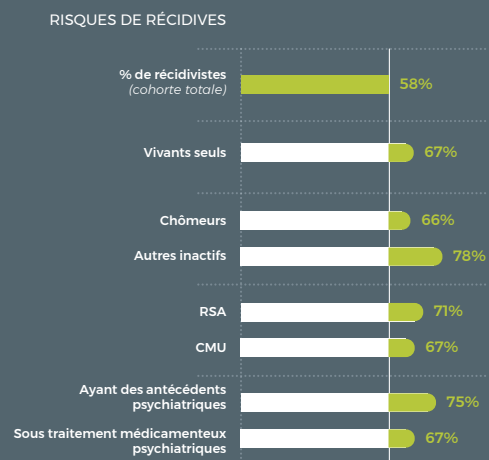
RÉPARTITION DES MOTIFS

CITÉS EN TANT QUE CONTEXTE PRÉCIPITANT PRINCIPAL PAR ORDRE DE FRÉQUENCE DÉCROISSANTE SELON LE SEXE



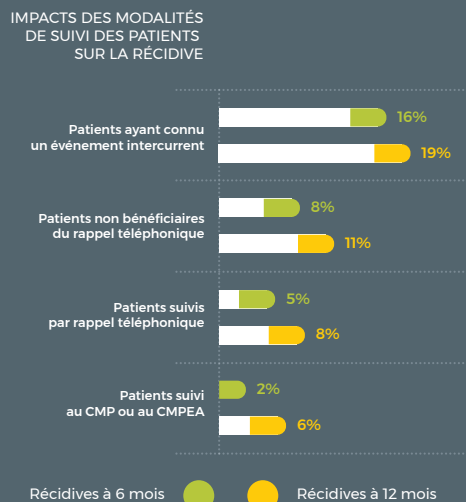
Source : Fondation Bon Sauveur - recueil des tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

FACTEURS DE RISQUES DE RÉCIDIVES



Source : Fondation Bon Sauveur - recueil des tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

IMPACTS DU PROTOCOLE À 6 MOIS ET À 12 MOIS



Source : Fondation Bon Sauveur - recueil des tentatives de suicide aux urgences, exploitation ORS Bretagne

b. Dispositif de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire

Le dispositif de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire a pour vocation à observer le fait suicidaire dans le triple objectif suivant :

- Répondre aux besoins exprimés par les soignants pour faire face à l'énigme que pose le fait suicidaire
- Promouvoir un réseau de professionnels et de bénévoles formés à l'intervention de la crise suicidaire
- Sensibiliser les citoyens à l'éthique de l'attention à l'autre, posture incontournable pour résoudre le tabou de la souffrance psychique

Pour mener à bien ces trois axes, la Fondation met en œuvre :

- La formation de tous les membres du personnel soignants et autres, à la clinique suicidaire. Les conclusions de l'évaluation du Programme National d'actions contre le suicide proposent, comme priorité, visant à réduire le nombre de suicides : « la prise en charge des suicidants et des troubles mentaux fortement suicidogènes »
- Une approche clinique humaine et évaluative partagée afin que la prise en charge des suicidants, déjà opérationnelle au niveau des centres hospitaliers grâce aux Antennes Médico-Psychologiques, soit à l'évidence maintenue avec le même niveau de vigilance quand les patients sont hospitalisés en milieu spécialisé.

- Une évaluation du potentiel suicidaire pour les patients hospitalisés au sein des pôles de la Fondation. Le dispositif de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire se propose au-delà de la formation, d'intervenir sur le site pour accompagner les équipes dans une évaluation qui reste difficile et dans une prise en charge qui se doit au plus près des nécessités du patient.
- La réévaluation du potentiel suicidaire pour les patients hospitalisés dans les unités de soins sans consentement. Le dispositif de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire se propose, au-delà de la formation, d'intervenir dans un accompagnement théorique et pragmatique.

Afin de structurer les organisations liées à la prévention de la crise suicidaire et coordonner les actions dans lesquelles la Fondation Bon Sauveur est engagée, une organisation nouvelle va être initiée dès 2017.

L'ensemble des professionnels investis dans ce domaine va se rencontrer de manière régulière tous les 2 mois pour faire un point sur les actions engagées et sur l'état d'avancement des actions en cours ou à venir. Les personnes associées à ce temps structurant pourront ainsi échanger sur leurs pratiques et surtout se concerter sur leurs propres investissements au sein de cette coordination.

La Fondation envisage de définir un temps spécifique de détachement sur une fonction de psychologue pour le pilotage interne de la

« cellule suicidants » et la coordination des actions de prévention suicide sur le territoire.

Les professionnels de l'établissement, les partenaires externes, vont pouvoir contacter directement ce dispositif via une adresse mail spécifique créée pour faciliter le lien et la coordination entre les différents acteurs du dispositif : « preventionsuicide@fondationbonsauveur.fr ».

2. Développer la psychogériatrie

L'objectif est d'assurer sur l'ensemble du territoire la veille, le suivi et la prise en charge des troubles gériopsychiatriques des personnes de plus de 70 ans, en partenariat avec les partenaires du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les réseaux gérontologiques.

a. Projet médical de l'unité en psychogériatrie

Profil des patients accueillis en hospitalisation :

Patients présentant des troubles psychiatriques de type : syndromes dépressifs de légers à sévères, troubles anxieux, troubles de l'humeur de type bipolaire ou unipolaire, décompensation psychotique tardive, troubles du comportement sévère, au cas par cas, après accord du médecin psychiatre référent.

Durée moyenne de séjour : 3 semaines

Conditions d'admission en hospitalisation programmée :

- pour les patients venant de structures d'hébergement ou du domicile, les directeurs de structures et les familles ou les tuteurs de la personne s'engagent par écrit (conventions) à programmer la sortie et à s'impliquer dans des démarches administratives nécessaires si le maintien à domicile ou en structure devient impossible.

Protocole d'admission en hospitalisation (accord du médecin référent du service) :

- après une consultation spécialisée programmée à la demande du médecin traitant ou suite à une consultation de suivi psychogériatrique devant une décompensation psychiatrique chez un patient suivi
- après évaluation en visite à domicile par l'Équipe Mobile de Psychogériatrie pour les patients en structures en accord avec le médecin référent de psychogériatrie
- après appel téléphonique du médecin traitant ou du médecin gériatre en cas d'urgence en accord avec le médecin référent de psychogériatrie
- en intra-hospitalier : après échanges directs entre le psychiatre de l'unité où se trouve le patient et le psychiatre référent en psychogériatrie pour une demande de consultation (équipe de liaison psychogériatrique)

Quel que soit l'âge du patient ayant déjà un suivi psychiatrique de secteur par le Centre Médico-Psychologique, il est hospitalisé dans le service dont il dépend avec éventuelle demande de passage de l'équipe mobile. Le patient sera pris en charge par son psychiatre

réfèrent à sa sortie d'hospitalisation pour une meilleure continuité des soins.

Consultations de psychogériatrie - critères :

- suivi régulier des patients hospitalisés dans l'unité de psychogériatrie en primo hospitalisation sans psychiatre réfèrent auparavant
- demande de consultation urgente en vue d'une réadaptation de traitement ou d'une hospitalisation (appel du médecin traitant, du médecin gériatre, du médecin coordonnateur de structure ou de l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation)
- sur demande de l'Equipe de Liaison de Psychogériatrie, consultations spécialisées dans les services à la demande des psychiatres de l'établissement,
- apport d'un avis thérapeutique téléphonique auprès des médecins gériatres et médecins coordonnateurs de structures

b. Projet d'équipe mobile en psychogériatrie

Objectifs de l'équipe mobile psychogériatrique

- Apporter : une expertise, un diagnostic, une évaluation, des préconisations thérapeutiques, une prise en charge non médicamenteuse
- Planifier un suivi des personnes âgées dans les EHPAD et au domicile après sollicitation par la filière gériatrique de Lannion, Tréguier Paimpol (Cap santé) et de la filière gériatrique de Guingamp
- Planifier une consultation avec un médecin psychiatre du centre de psychiatrie réfèrent

Missions

· En EHPAD :

- Accompagner la prise en charge des résidents en EHPAD du territoire n°7 (Saint-Brieuc, Lannion, Guingamp) qui présentent des troubles psychologiques et/ou comportementaux relevant des compétences du champ de la psychiatrie de la personne âgée en collaboration avec les médecins gériatres, médecins coordonnateurs, médecins traitants. L'objectif est de signer une convention avec l'ensemble des EHPAD pour garantir la bonne articulation des prises en charge.
- Evaluation ponctuelle (avec accord écrit du médecin traitant, ou du médecin coordonnateur ou du médecin gériatre).
- Evaluation de pré-hospitalisation à l'unité de psychogériatrie.
- Suivi des résidents sur prescriptions du médecin psychiatre réfèrent de l'unité de psychogériatrie.
- Préconisations d'actions de soins : consultations spécialisées psychiatriques pour la mise en place ou la réadaptation d'un traitement psychotrope et si besoin, hospitalisation en gériatrie ou en psychiatrie.
- Communication avec les équipes.
- Les suivis en EHPAD par l'équipe mobile sont prescrits par le psychiatre réfèrent de l'unité de psychogériatrie.

· Au domicile

- Pour les cas complexes, intervenir à la demande de la filière gériatrique

du Trégor (Cap Santé) et la filière gériatrique de Guingamp après synthèse clinique avec l'équipe mobile de psychogériatrie

- Établir un diagnostic d'un patient et/ou de son entourage avec aide de la filière gériatrique Trégor (Convention Fondation Bon Sauveur / Cap Santé) ou celle de Guingamp
- Déterminer la filière la plus adaptée pour aider le médecin traitant et l'entourage (gériatre, psychologue, psychiatre...) pour trouver une solution pour le patient et son entourage
- Préconiser des actions :
 - » consultations spécialisées psychiatriques pour la mise en place ou la réadaptation d'un traitement psychotrope si besoin,
 - » hospitalisation en gériatrie, Hospitalisation A Domicile, hospitalisation en psychiatrie après accord du psychiatre réfèrent
- Faire le lien avec les différents partenaires :
 - » déplacement au domicile pour une évaluation pluridisciplinaire après synthèse avec l'équipe mobile de psychogériatrie (infirmier psychiatrique, médecin traitant, psychologue, filière gériatrique Guingamp ou filière gériatrique Lannion/Tréguier/Paimpol)
 - » travail en réseau pour une continuité du projet de soins et préconisation des recommandations de bonnes pratiques et selon la méthode MAIA¹ de veiller au maintien au domicile de la personne âgée dans son environnement le plus

¹ MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins

longtemps possible et dans les meilleures conditions possibles

- » prise en considération de l'aidant
- » évaluation dans le cadre d'une demande d'hospitalisation à l'unité de psychogériatrie de Bégard

L'objectif est d'assurer à des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques émergents liés à l'âge une réponse adaptée résidentielle ou non. Ceci dit, il faut rappeler que la problématique des personnes âgées difficiles, parfois mal vécue, dans les institutions à vocation gériatrique ou hospitalière et parfois familiales conduit à orienter, même en soins sans consentement, ces personnes dans les centres hospitaliers psychiatriques avec un profil qui ne correspond pas à la vocation de ces établissements.

3. Conforter la réponse aux besoins spécifiques des prises en charge en addictologie

a. Finalité

Organiser la filière, notamment par la création de capacités d'hospitalisation de niveau II et en participant aux actions de prévention des conduites addictives.

La clinique d'addictologie et l'hôpital de jour d'addictologie « Le Chalet » sont des unités fonctionnelles d'hospitalisation complète ou de jour (à temps complet ou temps partiel). Elles sont rattachées au « Pôle ARMOR ».

Elles ont pour missions d'accompagner les usagers en situation d'addictions, de construire

un projet de soins et de vie autour de l'abstinence, l'abstention ou la réduction des risques. Cet accompagnement en hospitalisation complète ou en hôpital de jour permet une adhésion au programme de soins en intra hospitalier et crée une ouverture vers l'extra hospitalier afin d'orienter les patients vers un virage ambulatoire durable.

Public accueilli

Le régime d'hospitalisation libre à la clinique d'addictologie s'effectue à partir de 18 ans sauf cas particulier si mineur ayant plus de 16 ans ; il n'y a aucune hospitalisation en soins sans consentement. La particularité du service est d'offrir deux unités fonctionnelles à vocation et fonctionnement différents mais qui sont complémentaires et travaillent en lien permanent avec les équipes des ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en addictologie) et CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Le patient peut venir de son domicile, d'un hôpital général, d'un centre hospitalier spécialisé, d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, d'un Centre Médico-Psychologique, d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale... Dans tous les cas, il s'agira d'une demande d'admission validée médicalement. Les problématiques d'entrée en soins sont multiples :

- problématique d'addiction à type de dépendance ou non (dépendance physique / dépendance psychologique)
- difficultés sociales, familiales, professionnelles ou judiciaires

- demande soit de sevrage, soit de consolidation de celui-ci, ou de mise à distance de produit

Ainsi, une population très hétérogène est accueillie avec des demandes de soins diverses émanant du patient ou de son environnement.

Capacité actuelle et à 5 ans

La clinique d'addictologie est un service d'admission desservant l'ensemble du territoire qui comprend deux unités :

- une unité d'une capacité de 15 lits dédiés au sevrage simple ou sevrage physique. La durée de séjour est de 7 à 10 jours
- une unité d'une capacité de 15 lits pour un sevrage complexe sur une durée de 4 semaines

L'hôpital de jour en addictologie a une capacité d'accueil de 10 places.

Missions :

- Aider la personne à maîtriser sa conduite par rapport à l'alcool et aux substances
- Gérer la reprise et les envies avec les personnes dépendantes aux substances en instaurant un suivi post-hospitalier
- Convaincre de la nécessité d'un suivi régulier quelles qu'en soient les modalités

L'hospitalisation n'est qu'un des passages fondateurs d'une démarche de soins prolongée.

b. Objectifs

- Création d'une équipe mobile de liaison en addictologie dédiée à l'intra-hospitalier et à l'extra hospitalier.

Cette équipe mobile pourra intervenir au niveau des unités de psychiatrie pour accompagner les usagers mais aussi les professionnels dans la prise en charge en addictologie. Dès le début de l'hospitalisation, ce partage de compétences et d'expertises permettra un accompagnement global et conjoint surtout pour des patients présentant des comorbidités psychiatriques. Le bénéfice principal est d'éviter toute perte de chance pour le patient. Une prise en soins et un accompagnement précoces permettront aussi d'orienter le patient pour un suivi en ambulatoire. De plus, un temps de cette équipe mobile de liaison en addictologie pourrait permettre aussi un accompagnement des patients dans leur environnement par le biais des visites à domicile afin de maintenir le lien et permettre l'accès aux soins que ce soit en structure hospitalière ou en ambulatoire.

- Création d'un accueil thérapeutique à temps partiel pour la problématique addictive en lien avec l'hôpital de jour
- Développement du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

La Fondation a repris la gestion du CSAPA à compter du 1^{er} janvier 2016, antérieurement confiée au Centre Hospitalier de Lannion. Le CSAPA a fait l'objet d'une évaluation externe

dont les conclusions seront mises en œuvre avant la fin 2018.

Cet établissement, avec trois sites correspondant aux trois centres hospitaliers généraux (Guingamp, Lannion, Paimpol), continue, en fonction des moyens qui lui sont alloués, à développer l'offre pluri-professionnelle nécessaire : infirmière, psychologue, travailleur social mais plus difficilement sur le plan médical (difficulté de recrutement) tout en assurant les missions anciennes et nouvelles qui lui sont confiées : traitement de substitution (TROP), consultations de jeunes consommateurs...dans des locaux peu adaptés à ces missions.

4. Continuer la promotion des actions de lutte contre le tabagisme

La prévalence du tabagisme dans la population des usagers des soins psychiatriques et addictologiques est très élevée.

La morbi-mortalité du tabagisme est une donnée majeure de santé publique (72 000 morts par an en France, première cause de cancers du poumon, de la vessie, d'infarctus cérébral et du myocarde, de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) et d'artérite des membres inférieurs...).

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie tabagique, des mesures de soin ont été financées qui ont permis notamment la formation et le recrutement d'un médecin tabacologue à la Fondation Bon Sauveur en novembre 2007 avec des temps inter-hospitaliers.

Dans le cadre de l'activité tabacologique au sein de l'unité d'addictologie sont organisées des consultations individuelles pour tous les fumeurs hospitalisés à Bégard ainsi que dans les trois hôpitaux généraux du territoire, ainsi que des groupes d'information sur les moyens de lutter contre le tabagisme (une réunion hebdomadaire en pré-sevrage simple, deux réunions mensuelles en sevrage simple).

Au sein de la Fondation, une seule unité bénéficie d'une activité d'information en groupe, l'unité fermée de Sainte Camille (2 réunions par mois).

Des consultations individuelles sont également demandées pour des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire dans les unités de psychiatrie adulte et peuvent être reçus même après leur sortie en consultation externe sur la clinique d'addictologie ou par la liaison inter-hospitalière ELSA sur les centres hospitaliers généraux de Guingamp, Lannion, Paimpol.

Deux fois par an sont organisées des formations d'une journée destinées aux personnels soignants des unités d'addictologie et de psychiatrie.

Propositions d'amélioration de ce dispositif

1. La **Commission de Prévention du Tabagisme (CPT)** : cette commission devra être réactivée avant la fin 2017 afin d'établir un plan d'actions pour l'année 2018
2. Les unités de psychiatrie adulte souffrent d'une insuffisante **prise en charge tabacologique**. La liaison tabacologique existante n'est pas très utilisée. L'information auprès des unités d'hospitalisation devrait être plus organisée afin

de mieux sensibiliser les patients durant leur hospitalisation. Ceci sera un sujet de réflexion au sein de la Commission de Prévention du Tabagisme.

3. La **formation des équipes soignantes** reste insuffisante au sein des unités de psychiatrie, moins en unité d'addictologie que dans les autres unités. Il est proposé que cette formation devienne **obligatoire** afin que toutes les équipes acquièrent une compétence et aussi une attention plus importante sur le tabagisme des patients pour les raisons de santé publique précisées en infra.

5. Développer l'Equipe Mobile de Précarité en Psychiatrie (EMPP)

a. Objectifs

L'équipe mobile de précarité en psychiatrie a pour vocation de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion, et de soutenir les personnes travaillant ou intervenant auprès de ces publics.

L'objectif est de répondre aux besoins de la population du bassin de Guingamp (Guingamp et communes limitrophes) et de Lannion, en lien avec nos partenaires du champ sanitaire, social, judiciaire, associatif, politique.

b. Public visé – missions

Public visé :

- Le public concerné est de tous âges et de toutes classes sociales : jeunes (souvent

en rupture sociale, familiale, professionnelle), adultes et personnes âgées, logés ou dans l'itinérance, voire l'errance, pour qui il est difficile de s'inscrire dans une régularité et un rythme de vie.

- Public en difficulté pour établir un lien solide, un lien de confiance, un projet thérapeutique et une prise en charge suivie et cohérente.
- Des personnes en situation de précarité et d'exclusion présentant une souffrance psychique qui se trouvent dans l'incapacité d'accéder aux soins et qui nécessitent qu'on aille vers elles.

Missions de l'équipe mobile :

- Assurer un travail pré-thérapeutique
- Faciliter la prévention, le repérage précoce, l'identification des pathologies et des besoins en matière de santé mentale au niveau de la population ciblée
- Permettre l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsque cela est possible ou nécessaire
- Développer le lien, le partenariat entre les services de psychiatrie, les équipes sanitaires, les acteurs du dispositif social et judiciaire afin de permettre un vrai passage de relais
- Aider à l'élaboration de prises en charge adaptées et coordonnées des personnes et à la continuité des soins

L'équipe mobile de précarité en psychiatrie, chargée d'intervenir auprès de ces populations et des professionnels sociaux qui les accompagnent, a permis d'améliorer les réponses.

Il apparaît cependant qu'en complément de cette interface offerte par l'équipe mobile de précarité en psychiatrie, il serait nécessaire de mieux organiser et structurer la prise en charge des personnes en situation de précarité, au moment de leur entrée dans les soins.

La création d'une Équipe Mobile de Précarité en Psychiatrie sur le bassin de vie lannionais permettrait d'apporter une réponse appropriée aux besoins de prise en soins en psychiatrie dans un contexte de précarité.

Il est donc nécessaire d'élargir le périmètre d'intervention, de mieux organiser et de structurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, en concertation et en lien étroit avec les Centres Hospitaliers de Lannion et de Guingamp, les partenaires sociaux, les médecins libéraux et les collectivités locales.



Françoise Fiaut-Matelot
Vice-Présidente de la Fondation Bon Sauveur
de Bégard

Si le projet médical structure le projet global de la Fondation, le respect et le désir d'équité qui ont animé tous les acteurs lors des temps de concertation sous-tend une écoute et un professionnalisme exemplaires et montre combien chacune et chacun doit savoir prendre ses responsabilités au poste qu'il occupe. L'engagement est réciproque, complémentaire et convergent.

D - AXE 4 : CONSOLIDER LES PRISES EN CHARGES SPÉCIFIQUES NOTAMMENT EN MATIÈRE D'AUTISME, D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, D'APPROCHES SYSTÉMIQUES, D'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE



1. L'autisme

La Fondation Bon Sauveur s'engage sur la thématique de l'autisme pour tous les âges de la vie conformément aux bonnes pratiques relayées par les recommandations du Forum Citoyen.

Les premières orientations du 4^e plan autisme, qui sera finalisé fin 2017, s'inscrivent dans la continuité du 3^e plan 2014-2017 et mettent en avant :

- Le renforcement du repérage et du diagnostic des personnes avec autisme
- Le soutien aux personnes elles-mêmes, aux familles et aux intervenants de première ligne dans leur accompagnement
- La formation des professionnels et le respect des recommandations de bonnes pratiques
- L'inclusion sociale et la citoyenneté : accès au soin, scolarisation, emploi, formation professionnelle, logement, articulation entre le milieu sanitaire et le médico-social

a. Le renforcement du repérage et du diagnostic des personnes autistes

Concourir au dépistage précoce de l'autisme et contribuer aux prises en charge des autistes adultes (Equipe Mobile d'Intervention pour Adultes Autistes (EMIA 22))

Depuis l'année 2008 et notamment sur les quatre dernières années, la Fondation a développé son expertise en matière de dépistage et d'accompagnement précoce de l'autisme dans une approche neuro-développementale.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) diagnostic TED /TSA déployée sur le Pôle Infanto-Juvenile s'inscrit dans une démarche diagnostique conforme aux Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles : l'utilisation des échelles ADI et ADOS en pratique clinique, la supervision avec le Centre de Ressources pour l'Autisme.

Cette démarche sera complétée par l'évaluation fonctionnelle qui mesure les capacités de la personne enfant, adolescent, adulte à mettre en œuvre les compétences issues de divers domaines dans différents contextes. L'évaluation fonctionnelle ne se réduit pas à la détermination d'un diagnostic ou d'un score mais vise à mettre en évidence les ressources, les potentialités et les capacités adaptatives de la personne tout en déterminant ses besoins. Pour y répondre deux neuropsychologues ont été recrutées sur le pôle Infanto-Juvenile.

En parallèle, une réflexion est initiée auprès des partenaires (associations de familles, Association Hospitalière de Bretagne, Fondation Saint-Jean de Dieu de Dinan, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents, services de pédiatrie de Saint-Brieuc et de Lannion, de la Protection Maternelle Infantile, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées, le Centre Ressource Autisme), afin de concourir

à une réponse de niveau 2¹ sur le territoire et œuvrer pour un diagnostic de proximité, accessible en termes de délais.

Participer à la labellisation d'une équipe de diagnostic et de prise en charge précoce enfants avec Troubles Envahissants du Développement et création d'une mission d'appui sur le département

Renforcer la collaboration avec l'Unité d'Évaluation Diagnostique Adultes Régionale portée par le CHRU de Brest (UEDAR)

Sur la base de bilans cliniques pluridisciplinaires réguliers, les besoins des enfants, des adolescents, des adultes avec autisme seront réévalués et les programmes d'intervention ajustés, en fonction du potentiel de la personne, de ses déficits et des compensations fonctionnelles développées. L'attention sera portée sur la cohérence, la continuité, la complémentarité des approches et interventions plurielles de l'enfance à l'âge adulte.

La continuité du suivi concerne aussi la santé physique et le bien-être. Certaines « alertes » comportementales ne relèvent en rien du trouble autistique mais de pathologies intercurrentes ou associées, somatiques ou mentales. Ces épisodes de santé nécessitent des interventions diagnostiques et thérapeutiques médicales et chirurgicales spécifiques.

b. Le soutien aux personnes elles-mêmes, aux familles et aux intervenants de première ligne dans leur accompagnement

Déployer le dispositif EMIA

(équipe mobile d'intervention médico-sociale pour les personnes avec Troubles Envahissants du Développement manifestant des « comportements-problèmes » ou troubles du comportement sévères). Ce dispositif porté par le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale « Bretagne solidarité », les associations « Athéol », « Coallia », « l'APAJH », les établissements publics médico-sociaux, « Les Mauriers » et « Jacques Cartier » a débuté ses interventions courant 2017 et poursuit les objectifs opérationnels suivants :

- Définir une approche cohérente de la notion de "comportement-problème" partagé avec les acteurs du département mais aussi les autres équipes mobiles bretonnes.
- Contribuer au dépistage et au repérage des personnes avec Troubles Envahissants du Développement présentant des « comportements problèmes », le plus en amont possible des situations de crise.
- Répondre rapidement en soutien des familles et/ou des équipes médico-sociales en difficulté. Ces réponses sont individualisées et graduées afin d'éviter un recours inapproprié aux systèmes de soins spécialisés. Elles s'appuient sur :
 - une évaluation fonctionnelle de la situation,
 - un projet de prise en charge du comportement problème,
 - des préconisations en vue d'aider l'entourage familial et professionnel de l'utilisateur.

- Répondre, à titre exceptionnel, à des situations de personnes plus jeunes après validation du médecin psychiatre coordinateur de l'équipe mobile.
- Aborder chaque situation avec la volonté d'évaluer et d'écarter prioritairement toute cause d'origine somatique en partenariat avec les personnels médicaux et paramédicaux de proximité.
- Contribuer à la résolution des situations problèmes par le soutien aux équipes et le transfert de compétences pour favoriser le décroisement des pratiques entre les professionnels du département des Côtes d'Armor.
- Proposer et animer des instances de régulation, en lien avec le Centre Ressources Autisme, à destination des professionnels encadrant des personnes autistes adultes présentant des comportements-problèmes.

Développer l'offre d'appui en Maison d'Accueil Spécialisée / Foyer d'Accueil Médicalisé

La Fondation développera un accompagnement adapté aux personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement.

L'expression des savoir-faire s'étayera sur l'utilisation d'outils spécifiques de communication (ex : PECS, MAKATON...), sur les méthodes (éducatives ABA, comportementale...), l'approche neurodéveloppementale, l'approche sensorielle... et la supervision des équipes en lien avec le Centre Ressources Autisme de Bretagne.

¹ Le niveau 2 est à constituer à partir de l'identification en proximité d'équipes pluridisciplinaires impliquant des professionnels d'équipes hospitalières de première ligne (services de pédopsychiatrie, de pédiatrie, des Centres d'Action Médico-Sociale Précoces, des Centres Médico-Psychologiques, et des professionnels libéraux (pédiatres, psychiatres, neuropsychologues...)).
Le niveau 2 devra travailler en étroite collaboration avec le niveau 1 et les Unités d'Évaluation et de Diagnostic.

Recruter une assistante sociale en pédopsychiatrie

L'objectif est d'accompagner les enfants, les adolescents, les familles dans l'expression de leurs droits et faciliter les liens vers le secteur social et médico-social.

c. La formation des professionnels et le respect des recommandations de bonnes pratiques

La cohérence et la complémentarité des approches et des interventions pluridisciplinaires de l'enfance à l'âge adulte s'appuieront sur le développement d'une expertise construite autour d'un socle de connaissances partagées avec les familles.

Dans le cadre de la réponse appel à projet de l'Agence Régionale de Santé « Labellisation d'équipes de diagnostic et d'accompagnement précoce », en lien avec le Centre Ressources Autisme, les professionnels de l'établissement qui interviendront sur ce dispositif bénéficieront d'un complément de formation aux outils, aux échelles de diagnostic.

La formation de professionnels de la pédopsychiatrie et de la Maison d'Accueil Spécialisée à l'évaluation fonctionnelle sera inscrite au plan de formations 2017 et 2018.

L'établissement poursuivra également les formations aux approches développementales, comportementales (DENVER, ABA...), en collaboration avec les associations de familles.

d. L'inclusion sociale et la citoyenneté, accès au soin, scolarisation, emploi, formation professionnelle, logement, articulation entre le milieu sanitaire et le médico-social

Au-delà de sa contribution résultant de ses interventions auprès des enfants / adolescents / adultes avec autisme et de leurs familles, la Fondation Bon Sauveur apportera toute sa contribution auprès des acteurs de la vie publique, des professionnels sociaux, médicosociaux, sanitaires, associatifs pour accompagner les personnes porteuses d'autisme dans une reconnaissance citoyenne et d'inclusion sociale en participant au Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) du territoire.

2. L'Éducation Thérapeutique du Patient

Objectif :

Poursuivre et développer l'investissement dans les programmes d'Éducation Thérapeutique à destination des patients ou de leurs proches, tout en structurant et pérennisant l'offre en Éducation Thérapeutique de l'établissement.

a. Développer et pérenniser l'éducation thérapeutique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Aider les patients atteints de maladie mentale à être autonomes est un des objectifs de la Fondation Bon Sauveur mis en œuvre depuis une quinzaine d'années. Trois programmes conçus pour

aider le patient et ses proches à comprendre la maladie, le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie sont mis en place. Deux ont été autorisés par l'Agence Régionale de Santé Bretagne, le troisième a une reconnaissance nationale. Un quatrième programme au bénéfice des adolescents est en cours de finalisation.

Une des problématiques de la population souffrant de troubles psychiques est l'observance thérapeutique. Celle-ci peut se définir comme le degré de concordance entre le comportement du patient et les recommandations du médecin. L'observance médicamenteuse est donc le fait de prendre des médicaments en respectant ce qui est noté sur l'ordonnance. Au regard des études, la non observance est retrouvée chez 30% à 50% des patients qui prennent des traitements dans le cadre des maladies chroniques. Dans les psychoses, la non observance avec les antipsychotiques est de 50% à un an et de 75% à deux ans. La conséquence est la rechute.

Il faut prendre en considération la globalité de la concordance c'est à dire l'acceptation de la maladie, l'adaptation aux déficits et aux troubles qu'elle engendre. Il est nécessaire de proposer un programme axé sur les médicaments, mais aussi sur la connaissance de la maladie, sur les habiletés sociales, sur la prévention des troubles métaboliques. Cela permet aux patients et à leur entourage de développer des compétences d'auto soin afin de mieux vivre avec la maladie.

En étroite collaboration avec les usagers et les acteurs du tissu sanitaire, associatif et social du territoire, il paraît essentiel de **développer l'Éducation Thérapeutique du Patient en ambulatoire** afin de toucher une plus grande partie de la population souffrant de pathologies mentales.

Quel que soit le lieu de prise en charge du patient une offre en Education Thérapeutique doit être proposée afin de répondre aux enjeux suivants :

- Favoriser chez les patients l'autonomie dans leur vie quotidienne et dans la bonne gestion de leur traitement.
- Améliorer et consolider leur insertion sociale et professionnelle.
- Prendre en compte les questionnements et la souffrance des familles afin qu'elles puissent étayer la prise en charge ambulatoire de leurs proches souffrants de pathologie mentale et éviter ainsi leur ré-hospitalisation.
- Etendre la pratique de l'Education Thérapeutique du Patient au domaine de la pédopsychiatrie.
- Faire le lien avec les professionnels de santé libéraux et les structures médico-sociales en leur permettant d'accéder à une plateforme de ressource spécialisée dans l'Éducation Thérapeutique du Patient en santé mentale.
- Participer à la recherche sur la spécificité de l'Education Thérapeutique du Patient en santé mentale.

b. Structurer de façon transversale l'Éducation Thérapeutique du Patient par la création d'une plateforme en ETP

La plateforme est constituée d'une équipe pluri-professionnelle ayant une expertise en Éducation Thérapeutique du Patient tout en maintenant une activité dans un service de soin.

Elle est chargée de mettre en place les programmes autorisés par l'Agence Régionale de Santé et d'en développer des nouveaux.

Elle est centre de ressources en Education Thérapeutique du Patient.

Les professionnels de la plateforme en Education Thérapeutique du Patient sont identifiés autant par les professionnels de l'établissement que par nos partenaires. Ces professionnels s'appuient, au niveau institutionnel, sur **la commission de coordination en Education Thérapeutique du Patient**. Cette instance pluri-professionnelle, émanation de la Commission Médicale d'Etablissement, est chargée de réfléchir spécifiquement à la problématique de l'Education Thérapeutique du Patient en santé mentale. Un représentant des familles des usagers en fait partie.

Ce projet s'appuie sur le personnel de la Fondation par détachement, formé à l'Education Thérapeutique du Patient (médecin psychiatre, cadre, psychologue, infirmier, pharmacien). Les professionnels appartenant à la plateforme sont nommés sur cette plateforme tout en gardant une activité dans un service de soin. Il sera nécessaire qu'un cadre de santé assure la coordination des temps attribués à la plate-

forme en lien avec l'activité programmée en Education Thérapeutique du Patient et les temps dédiés aux services de soins. Il fait aussi le lien entre la plateforme, la commission de coordination et l'ensemble des salariés formés à l'Education Thérapeutique du Patient.



3. L'approche systémique

a. Développer les thérapies familiales

La Thérapie Familiale est une approche psychothérapeutique reconnue qui vise principalement le système familial et conjugal. Elle réduit de manière significative le coût des soins de santé et le coût des traitements pharmacologiques et permet d'éviter et de diminuer des rechutes et des hospitalisations. Il est particulièrement pertinent de souligner l'efficacité des thérapies de famille dans les domaines où le patient refuse le traitement ou n'en n'est pas demandeur, en intégrant la famille et l'entourage dans la démarche de soins. Le secteur géographique du territoire n° 7 (Saint-Brieuc, Lannion, Guingamp) en est dépourvu.

Actions à mener :

- identifier un médecin psychiatre référent garant du bon fonctionnement et de la pérennité du dispositif ; il pratique lui-même la thérapie familiale, fait partie de l'équipe de thérapeutes et participe aux réunions hebdomadaires de l'équipe. La thérapie familiale est rattachée au pôle Armor.
- institutionnaliser le dispositif : créer un lieu avec des locaux spécifiques et identifiables au Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents de Lannion et au futur Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents de Pabu.
- développer les formations :

- pour les professionnels engagés dans ce projet : cycle long (4 ans), afin de garantir une qualité de soins. Formations dispensées par des organismes reconnus comme l'exigent les associations de thérapies familiales nationales et internationales (SFTF : Société Française de Thérapie Familiale, et l'EFTA : Association Européenne de Thérapie Familiale)
- engagement pour les personnes formées à s'investir dans ce projet et à se former en congrès et supervision afin de garantir une qualité des pratiques professionnelles et la pérennité du projet ; les personnels bénéficieront d'une supervision extérieure et poursuivront le travail d'intervention avec les centres de thérapie familiale
- associer les partenaires du réseau dans le domaine de la santé, du social, de l'éducatif, du judiciaire, de la gendarmerie et services d'urgences et les médecins généralistes qui sont demandeurs. Une convention formalisera le partenariat avec les centres hospitaliers (services d'urgences, maternité), les associations, les tribunaux, la gendarmerie, la Caisse d'Allocations Familiales, le Conseil Départemental, la MSA, la Mutualité Française, les associations de Tutelles. Certains de ces partenaires sont régulièrement démunis et confrontés aux problématiques familiales et conjugales sans pouvoir proposer de prises en charges adaptées.
- mettre en place une procédure d'admission : recensement des demandes ; évaluation des degrés d'urgence et programmation d'un premier rendez-vous ; orientation

faite par les psychiatres et les équipes ; les demandes peuvent également émerger des partenaires extérieurs. Les thérapeutes familiaux peuvent être aussi saisis durant la période d'hospitalisation.

b. La méditation en pleine conscience : les Thérapies Comportementales Cognitives (TCC)

Définition

Les Thérapies Comportementales et Cognitives sont des approches psychothérapeutiques ayant débuté dans les années 1950 et qui ont été développées sur un modèle scientifique comprenant de la recherche en laboratoire, dans l'objectif de mettre au point des pratiques cliniques pouvant prétendre à un bon niveau de validité. Ces exigences de qualité se sont encore accrues ces dernières années avec la notion, comme en médecine « physique », de « pratique fondée sur des preuves » et non plus simplement d'approches empiriquement validées.

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) ont connu 3 grandes époques de développement :

- Les thérapies comportementales (à partir des années 1950) fondées sur les modèles de l'apprentissage, consistant à aider le patient à modifier son comportement responsable de la genèse ou de l'entretien de ses troubles psychologiques et de ses comportements dysfonctionnels.
- Les thérapies cognitives (dès les années 1960) destinées à améliorer l'état psychologique des patients en les aidant à accéder à des pensées

plus réalistes et moins pénalisantes sur leur vie.

- Les thérapies dites de 3^e vague (à dater des années 1990), comportementales, cognitives et émotionnelles où cette dernière dimension est davantage abordée ; elles comprennent les techniques de « Pleine Conscience » comme dans la « Thérapie d'Acceptation et d'Engagement » (ACT).

Que les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) s'adressent aux adultes ou aux enfants, la communauté scientifique reconnaît non seulement leur efficacité supérieure dans la gestion de nombreux troubles psychiatriques mais aussi recommande leur mise en œuvre pour faire face à bon nombre de situations cliniques. Les études montrent une nette efficacité des TCC :

- Dans la prise en charge des troubles anxieux (Troubles Obsessionnels Compulsifs, phobie sociale, phobie spécifique, troubles d'anxiété généralisés, agoraphobie et trouble panique, état de stress post-traumatique), associée ou non à un traitement médicamenteux.
- Dans la prise en charge des troubles de l'humeur, associée aux antidépresseurs pour les formes les plus sévères et plus efficaces, seule dans les formes les plus atténuées.
- Dans la prise en charge de la schizophrénie et des Troubles Envahissants du Développement (TED) notamment sur les aspects de remédiation, d'acquisition des habiletés sociales et de la gestion des émotions.

Rappelons que les TCC ne résolvent pas miraculeusement tous les problèmes, mais qu'elles sont

avant tout issues d'une approche transdiagnostique que le thérapeute a pu mener. Cela va lui permettre de proposer les outils les plus adaptés au regard des différents objectifs définis avec son patient dans le cadre de la relation thérapeutique en vue d'améliorer sa qualité de vie.

Etat des lieux

L'approche 3^e vague « Pleine Conscience » puis thérapie d'acceptation et d'engagement est mise en œuvre depuis 5 ans en pratique individuelle et en groupes en addictologie.

Ces techniques scientifiquement validées sont peu pratiquées à la Fondation Bon Sauveur, au regard des besoins de la population, faute d'un nombre suffisant de professionnels formés à ces pratiques et faute de disponibilité en temps. Il n'existe à ce jour aucun psychologue formé en TCC. Il serait intéressant de retenir, dans le cadre de l'activité au Centre Médico-Psychologique de Bégard, une demi-journée de consultation TCC.

En 2017, a été initiée une formation de dix jours destinée aux infirmières et réalisée par l'Association Française de Thérapies Comportementales et Cognitives, formation destinée à être reconduite.

Propositions

Le recrutement

Pour que cette approche psychothérapeutique puisse, dans les années à venir, compléter l'offre de soins existante dans les différents secteurs d'activité : psychiatrie adulte, enfants et adolescents, psychogériatrie, addictologie, un groupe de professionnels (médecins psychiatres, médecins

TCC, psychologues cliniciens, neuropsychologues, infirmier(e)s) doit être formé aux TCC.

Le recrutement de professionnels antérieurement formés constitue un gain précieux en termes d'expertise, de rapidité de développement et de budget.

La formation

Le plan de formation devra retenir des formations dédiées aux médecins, aux psychologues et aux infirmiers de la Fondation (formations longues sur trois ans).

Le soutien au développement de la pratique

La mise en œuvre concrète d'une pratique des TCC par les professionnels, notamment ceux formés récemment, suppose un soutien et un accompagnement indispensables, après l'acquisition de la théorie, à celle des capacités, habiletés cliniques.

Les praticiens antérieurement formés aux TCC s'engagent à améliorer leur pratique aux moyens de formations complémentaires, de travail en groupe de pairs (interview) et en groupe animé par un professionnel plus expérimenté (supervision). Il paraît indispensable de réaliser un tel développement professionnel continu en organisant au minimum des interviews et des supervisions mensuelles, par exemple de 2 heures, pour les professionnels formés.



Dr Claire Bernard
Médecin Chef du Pôle Argoat



4. Développer la thérapie de l'Électroconvulsivothérapie (ECT)

a. État des lieux

L'Electroconvulsivothérapie (ECT) reste, au fil des années, et malgré l'accumulation des connaissances neuro-scientifiques et l'amélioration constante de sa méthodologie, une thérapeutique à part. Cela est probablement lié à la nécessité de réaliser ce soin sous anesthésie générale mais aussi à l'image brutale totalement erronée qui lui est attachée dans « l'inconscient collectif ». De ce fait, l'encadrement éthique avec l'information et le consentement éclairé du patient est fondamental.

L'ECT est reconnue comme une thérapeutique efficace dans les troubles de l'humeur pour certains patients (80 à 90 % de résultats positifs), c'est la seule thérapeutique à laquelle ils vont répondre. L'accès à cette thérapeutique est encore contesté, parfois même absent sur des territoires de santé entiers. Si c'est la liberté du patient de ne pas accepter toutes les thérapies offertes, c'est le devoir du médecin et des responsables territoriaux d'assurer l'accès équitable aux thérapeutiques éprouvées.

Au Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard, la pratique de l'ECT remonte à plus de 50 ans. Depuis 2009, c'est sur le site de Guingamp, en salle de réveil du bloc opératoire que sont pratiqués les ECT.

a.1. Moyens humains :

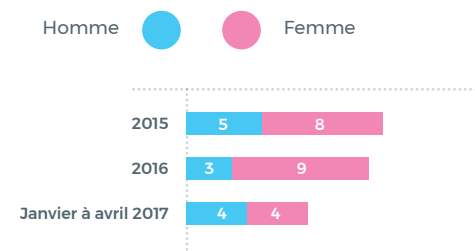
- Equipe psychiatrique : un psychiatre du Centre Médico-Psychologique de Guingamp

et une infirmière du service de provenance du patient.

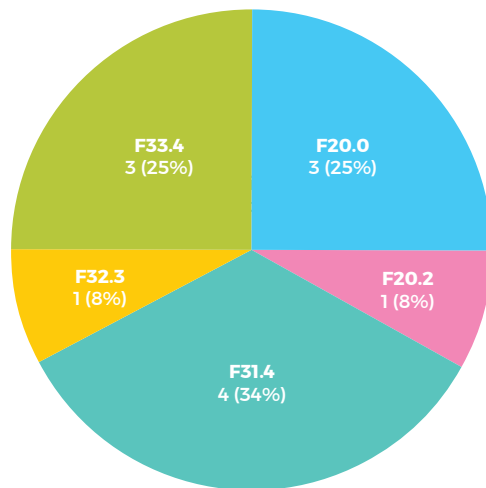
- Equipe anesthésiste (Centre Hospitalier de Guingamp) : un médecin anesthésiste, un infirmier anesthésiste, un infirmier et un aide-Soignant.
- Le psychiatre opérateur de l'ECT peut être le prescripteur de cette thérapeutique ou bien il pratique l'ECT à la demande d'un autre confrère psychiatre du Centre Hospitalier de Bégard.

Recueil de données concernant l'Electroconvulsivothérapie de 2015 à avril 2017

RÉPARTITION DE LA FILE ACTIVE SELON LE SEXE



RÉPARTITION DES PATIENTS BÉNÉFICIAIRES D'ECT EN 2016



Schizophrénie : F20
 Troubles schizo-affectifs : F25.1
 Troubles affectifs bipolaires : F31 (F31.4 et F31.5)
 Troubles dépressifs récurrents : F33 (F33.11 et F33.9)
 Épisodes dépressifs : F32.2 et F32.11

a.2. Développement de l'activité

Compte tenu des résultats très satisfaisants correspondant à ceux retrouvés dans la littérature, de l'absence de complication, de la possibilité de sortie rapide après la dernière séance d'ECT de patients hospitalisés depuis des mois en raison de dépressions résistantes (baisse de la Durée Moyenne de Séjour), il semble donc pertinent de poursuivre et de développer cette thérapeutique sur la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

La demande est importante avec une liste d'attente de plusieurs mois alors que le traitement devrait pouvoir être proposé de façon urgente notamment lors d'idées suicidaires. Les patients eux-mêmes sont souvent demandeurs ; le tabou se levant progressivement avec la médiatisation des connaissances médicales.

L'objectif est d'accroître cette activité en lien avec les anesthésistes du Centre Hospitalier de Guingamp.

b. Projets

Évaluation des Pratiques Professionnelles sur la pratique de l'ECT avec participation des équipes anesthésiques et psychiatriques des hôpitaux de Bégard et de Guingamp

Participation de la Fondation Bon Sauveur à la recherche universitaire : inscription dans le recueil des données de l'Observatoire d'électroconvulsivothérapie par le réseau GRUPAB (Groupement de Recherche Universitaire de Psychiatrie de Bretagne) auquel adhère la Fondation

Le réseau GRUPAB¹ a pour objectifs notamment de :

- Renforcer les interactions entre praticiens, chercheurs et universitaires des établissements membres du réseau
- Faciliter la participation des hôpitaux non universitaires à des projets de recherche d'envergure régionale, inter-régionale, nationale...
- Promouvoir des projets médico-scientifiques translationnels

- Répondre à des appels d'offres régionaux, nationaux ou européens et mener les projets lauréats
- Collecter des financements spécifiques (mécénat...)
- Renforcer la lisibilité, la qualité et la compétitivité de la recherche clinique translationnelle dans la région Bretagne
- Partager et accroître les données épidémiologiques de la région au travers de l'extension ou de la création de bases de données (registres et cohortes)
- Créer, partager et accroître les collections biologiques des patients suivis dans la région Bretagne
- Utiliser les résultats pour des publications destinées à la communauté scientifique
- Utiliser les résultats pour d'éventuels partenariats, notamment avec des entreprises privées

Projet de s'inscrire dans des formations types (Diplômes Universitaires)

concernant l'électroconvulsivothérapie pour des médecins psychiatres et des infirmiers de la Fondation Bon Sauveur.

¹ Cf. annexe 4

E - AXE 5 : GARANTIR LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



1. Renforcer l'attractivité médicale

a. Finalité

La pénurie médicale croissante, tant en matière de psychiatrie que de médecine somatique, met l'offre psychiatrique et de santé mentale du territoire n°7 (Saint-Brieuc, Lannion, Guingamp) en danger, à terme. Une de nos priorités absolues concerne le recrutement de jeunes psychiatres et médecins somaticiens afin de pérenniser et développer l'efficacité de nos prestations.

b. Objectifs

Développer l'accueil des internes au sein de la Fondation mais également en collaboration interdisciplinaire avec le Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor et les membres du Groupement de Coopération Sanitaire en santé mentale des Côtes d'Armor :

- Créer un projet pédagogique garantissant un encadrement stimulant pour les internes
- Créer un Internat inter hospitalier moderne et regroupé (Contrat Local de Santé du Pays de Guingamp)
- Proposer une bourse semestrielle aux internes (3 000 € par semestre en cas d'engagement professionnel en qualité de médecin sénior)
- Obtenir un meilleur niveau d'agrément sur l'ensemble de nos pôles d'activité

- Etudier les possibilités de soutien logistique à destination des internes
- Prendre en charge la formation des médecins généralistes en psychiatrie
- Développer une politique de communication ciblée et valorisant la Fondation mais également l'environnement des Côtes d'Armor
- Proposer des recrutements de Praticiens Hospitaliers publics par le Groupement de Coopération Sanitaire en santé mentale des Côtes d'Armor
- Développer les liens avec les Centres Hospitaliers Universitaires

2. Poursuivre les délégations d'actions médicales de soins vers d'autres métiers en cohérence avec le projet de soins et d'accompagnement

a. Finalité

La pénurie médicale et la multiplicité des lieux d'exercice professionnel en proximité de la population a pour conséquence de réduire le temps de disponibilité médicale par patient et par équipe.

b. Objectifs

Maintenir une coordination clinique régulière et de qualité, gage de réactivité et de sécurité des prises en charge :

En développant les délégations d'actions médicales à destination :

- Des psychologues afin qu'ils prennent plus de responsabilités dans la coordination

clinique des équipes de soins et permettent ainsi d'aider à compenser en partie certains effets de la pénurie médicale

- Des infirmiers en matière de gestion du premier accueil adossé à une régulation médicale

Il est nécessaire que le rôle des psychologues soit redéfini afin d'obtenir une meilleure homogénéité d'implication et que la formation des infirmiers soit renforcée en matière de recueil et transmission des données d'entretien avec les patients.

Les expériences de l'addictologie et de l'unité Saint-Luc en matière de délégation médicale vers les psychologues et les infirmiers seront utiles afin de définir un projet formalisé à court terme.

Par une évaluation clinique et cognitive

En coordination avec le médecin psychiatre, il convient d'animer la coordination clinique afin de répondre aux attentes des équipes soignantes quant à leur désir de réunions cliniques. Ces temps d'élaboration sont indispensables pour penser et adapter le travail d'accompagnement engagé par l'équipe auprès d'un patient. Il permet de réfléchir sur ce qui se joue dans un accueil, un accompagnement, de repérer les difficultés rencontrées, de rechercher ensemble des positionnements dans un moment de crise, de prendre collectivement des décisions qui engagent l'équipe.

Par un travail thérapeutique

En raison de la pénurie médicale et dans un souci d'assurer la continuité et une cohérence des soins, l'organisation des prises en soins ambulatoires

sera à repenser. Ainsi, le travail d'accueil et d'orientation pourrait s'élargir au psychologue. Celui-ci serait, alors, disponible pour recevoir directement le patient en demande, assurer le suivi ou l'orienter si nécessaire.

Par la participation à l'élaboration du projet de soins

L'idée d'un parcours de soins individualisé, au sein du dispositif institutionnel, nécessite un investissement dans la construction et aussi dans la réalisation de ce projet. Le psychologue s'associe au médecin psychiatre pour rassembler les informations et jouer le rôle de « pont », de « relais » entre les intervenants. Il coordonne les interventions. Ainsi, médecin psychiatre et psychologue se présentent comme porteurs du projet de soins individualisé.

3. Développer les articulations avec la médecine de ville et développer la télémédecine

a. Finalité

Afin de faire face à la pénurie médicale, tout en conservant un accès aux soins de proximité y compris en zone rurale, la Fondation souhaite développer la pratique de la télémédecine. L'enjeu est d'optimiser le temps médical, dont une partie est aujourd'hui mobilisée par les déplacements entre les différents sites de la Fondation. Ces déplacements sont également la source de dépenses non négligeables. La mise en œuvre de cette pratique ne doit pas remettre en question l'alliance thérapeutique nécessaire entre le patient et le médecin

psychiatre. Il conviendra donc de définir les limites de ce type d'acte, en particulier celles liées au type de pathologie des patients concernés.

Développer l'articulation avec la médecine de ville/campagne consiste à faciliter les échanges entre les services de la Fondation et les médecins traitants, qui coordonnent le parcours de leurs patients sur le territoire. Pour cela, il s'agit d'améliorer le délai de transmission des éléments cliniques vers la médecine de ville/campagne, mais également de faciliter l'intégration des documents externes au sein du Dossier Patient Informatisé de la Fondation.

Le contexte règlementaire et juridique est riche sur ces thématiques, qui font l'actualité de l'e-santé :

- Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine
- Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016
 - CHAPITRE III Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé : article 95 : la lettre de liaison peut être dématérialisée, déposée sur le Dossier Médical Partagé (DMP) du patient ou transmise au médecin adresseur par messagerie sécurisée
- Stratégie nationale e-santé 2016-2020 du 4 juillet 2016 :
 - axe 1 « Mettre le citoyen au cœur de l'e-santé » : renforcer et simplifier l'accès aux soins par la télémédecine

- axe 3 « Simplifier le cadre d'action pour les acteurs économiques » : Favoriser le partage de priorités entre acteurs publics et économiques en matière de systèmes d'information : le déploiement d'outils d'aide à la coordination des soins constitue la priorité (exemple des messageries sécurisées de santé)

- Certification par la Haute Autorité de Santé, Programme Hôpital Numérique
 - Critères 14a de la Haute Autorité de Santé (gestion du dossier patient) ; domaine prioritaire 2 (dossier patient informatisé et communiquant)

b. Objectifs

La réflexion sur les enjeux cités ci-dessus et le contexte règlementaire nous permettent de définir les objectifs suivants :

Etudier et mettre en œuvre un dispositif de visioconférence sur le Centre Médico-Psychologique de Callac ; ce dispositif technique et humain implique la création d'un espace de télémédecine sur le site de Bégard, la création d'un bureau de consultations également équipé sur le Centre Médico-Psychologique requérant, la formalisation d'une organisation humaine et logistique pour l'organisation des téléconsultations et la mise en œuvre de liaisons réseau informatiques suffisantes. Ce dispositif « pilote » aura vocation à être dupliqué si la finalité est atteinte.

Si le dispositif pilote est fonctionnel : ériger le Centre Médico-Psychologique de Bégard en plateforme de réception des téléconsultations avec les Centres Médico-Psychologiques satellites

Le temps médical sur le Centre Médico-Psychologique de Bégard sera renforcé pour recevoir les téléconsultations des Centres Médico-Psychologiques satellites et des nouvelles communes de rattachement où seront présents des infirmiers. Les déplacements des psychiatres sur les Centres Médico-Psychologiques satellites seront centrés sur les nécessités médicales (première venue de patients...).

Développer la télémédecine en psychogériatrie : le projet médical partagé du territoire prévoit le développement de la télémédecine dans la filière gériatrique.

S'appuyer sur les Antennes Médico-Psychologiques : les Antennes Médico-Psychologiques permettent de fluidifier le parcours du patient, d'éviter les hospitalisations et de s'appuyer sur les plateaux techniques des Centres Hospitaliers Généraux.

Déployer l'utilisation de l'outil de messagerie sécurisée pour faciliter les échanges avec l'écosystème territorial de santé ; s'appuyant sur les supports de communication de l'ASIP Santé, il s'agit de communiquer auprès des correspondants médicaux externes sur la capacité de la Fondation à échanger avec eux par le biais de cet outil. Il s'agira également de communiquer en interne pour que chaque médecin / service organise ses canaux de communication au travers de la messagerie sécurisée.

Faciliter la production des comptes rendus d'hospitalisation via l'utilisation d'un outil de dictée numérique ou de reconnaissance vocale ; les solutions techniques existent, l'enjeu est ici de définir le processus de production des documents à la sortie du patient. Cet objectif implique les secrétariats médicaux et le corps médical.

La Direction du Système d'Information et de l'Organisation est étroitement associée à la réalisation des objectifs de cet axe du projet médical.

4. Conforter/Consolider une prise en charge somatique des personnes accueillies y compris dans le pôle médico-social

a. Finalité

La prise en charge des pathologies psychiatriques implique, dès l'admission, de rechercher les possibles causes somatiques de l'apparition des troubles, mais également d'assurer tout au long des soins un suivi somatique que ce soit lors d'épisodes hospitaliers ou d'accueil en structure sociale et médico-sociale. Il convient d'améliorer l'urgence non vitale dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

b. Objectifs

Prise en charge uniformisée des urgences somatiques dans les différentes unités en majorant la formation du personnel infirmier ainsi que des médecins généralistes. Afin d'uniformiser la prise en charge des urgences somatiques dans les différentes unités, il est proposé un programme de formations

du personnel Infirmier. Ce programme est actuellement testé dans l'unité fermée Sainte Camille mais pourra être étendu aux autres unités (prise en charge de l'arrêt cardiaque, drogues d'urgence, détresse respiratoire aigüe, communication en situation de crise, chariot d'urgence, contenu et préparation...). Ce programme de formations ne remplace pas la formation aux urgences vitales et aux gestes de secours du personnel infirmier mais vient la renforcer. Un programme d'actualisation des connaissances pourra être proposé aux médecins généralistes et psychiatres de la Fondation selon leur besoin et leur demande.

Parallèlement à ces formations, il est proposé une mise à jour des procédures d'urgence. En effet la présence du médecin généraliste sur la Fondation n'est pas permanente (astreinte de 19 h à 9 h). En cas de nécessité, les professionnels peuvent et doivent appeler directement le centre de régulation des urgences (015 en interne). Il est proposé que les protocoles d'urgences soient adaptés à cette situation et que les infirmiers puissent être guidés dans leur prise en charge par le médecin régulateur comme peuvent l'être les infirmiers sapeurs-pompiers sous protocole. La permanence de médecins généralistes devrait, dans l'intérêt des résidents, bénéficier au pôle social et médico-social.

Mise en place d'un numéro d'appel unique et mise à jour de la procédure en cas d'arrêt cardiaque

Il n'existe pas de numéro d'appel d'urgence en cas d'arrêt cardiaque en dehors du 15. Afin de diminuer au maximum le délai de prise

en charge de l'arrêt cardiaque et d'optimiser la prise en charge du patient, un numéro spécial pourrait être instauré. Ceci permettrait une alerte spécifique.

Dans un souci de qualité et de cohérence de la prise en charge des patients et des résidents, il semble primordial de limiter le recours aux services d'urgences des Centres Hospitaliers Généraux. Ces services sont fréquemment surchargés et le transport des patients dans ces structures nécessite du temps et une présence du personnel soignant non négligeable. De plus, cela engendre souvent un délai de prise en charge qui pourrait être réduit. Cela signifie que le personnel soignant doit être formé à la mise en place d'immobilisations (attelles, strapping, syndactylies...) à visée curative ou antalgique.

Les actes d'urgences de type suture, pose de sonde urinaire, pansement de brûlures ne nécessitant pas une surveillance hospitalière peuvent être pratiqués dans les unités. Dans cet objectif, des formations peuvent être proposées aux soignants et du matériel doit être mis à disposition. Il s'agit de réévaluer la dotation des services en matériel de soins spécifiques.

5. Coordonner les secrétariats médicaux

Un temps de coordination des secrétariats médicaux a été mis en place en 2017 pour harmoniser les pratiques en termes de classement, d'organisation, de coordination, et pour contrôler et sécuriser le circuit du dossier patient. La personne en charge de cette fonction

est rattachée à la Direction des Soins et du Pôle Social et Médico-Social.

Cette activité intègre plusieurs objectifs opérationnels :

- Améliorer l'accueil de nouveaux professionnels au niveau des secrétariats médicaux, en assurant une visite de l'établissement, la présentation des dispositifs et des outils numériques.
- Numériser les pièces importantes du dossier patient en proposant un plan de classement pour le Dossier Patient Informatisé.
- Accompagner les secrétaires médicales à l'utilisation de la future messagerie sécurisée en lien avec la Direction du Service d'Information et de l'Organisation.
- Accompagner les secrétaires médicales à l'utilisation des futurs outils de dictée numérique ou reconnaissance vocale.
- Accompagner les secrétariats médicaux dans l'utilisation des outils informatiques notamment pour le suivi de l'occupation des lits.
- Rationnaliser le travail des secrétariats médicaux en assurant la concordance avec l'organisation médicale (horaires de consultations, expertises...).



F - AXE 6 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES



Les adolescents, les jeunes adultes en difficulté psychologique (dépression, tentatives de suicide, déscolarisation, conduites d'agression répétées, consommation de toxiques, désocialisation, marginalisation...) constituent un problème important de société et de santé publique. La plupart de ces adolescents et jeunes adultes n'ont pas de demande explicite. Ces problématiques sont de plus en plus prégnantes sur le territoire. Les phénomènes de crises clastiques sont parfois le signe d'une possible entrée dans la psychose.

La mise en évidence d'une corrélation entre intervention tardive et évolution défavorable justifie l'intérêt d'une reconnaissance précoce de cette affection afin de réduire, autant que possible, la durée de la psychose non traitée. Par ailleurs, on sait les avantages attendus d'interventions psycho-socio-thérapeutiques précoces en direction des patients et de leurs familles, afin de minimiser et de retarder le cours évolutif et les conséquences d'une pathologie potentiellement destructrice et handicapante.

Reste, en l'absence de symptomatologie précoce pathognomonique et d'indicateurs neurophysiologiques précis, la difficile question d'un juste diagnostic qui se doit d'éviter les erreurs tant par excès que par défaut : les excès exposent à une inutile stigmatisation pathogène ; les diagnostics par défaut allongent la durée de la psychose non traitée et représentent pour le patient une perte de chances. La situation est encore

compliquée par l'âge de survenue de la pathologie, adolescence – adulte jeune, à savoir une phase active de remaniements où les limites du normal et du pathologique deviennent moins claires. S'ajoutent aussi des facteurs toxiques, devenus habituels, qui achèvent de brouiller le paysage diagnostique.

a. Finalité

Face à cette problématique, la finalité est de mettre en œuvre un parcours de diagnostic et de prise en charge précoce des psychoses débutantes. Il s'agit, en effet, d'une part, d'essayer de mieux reconnaître les situations à haut risque d'évolution schizophrénique et les formes prodromiques infra-cliniques, et d'autre part, de proposer des niveaux d'intervention adaptés et proportionnés dans une approche graduelle des soins.

b. Objectifs

Améliorer le dépistage précoce de l'entrée dans la psychose :

- Développer les collaborations entre le pôle de pédopsychiatrie et le pôle clinique au profit d'une approche de dépistage commune et coordonnée
- Création d'une équipe mobile d'évaluation des situations de crise des adolescents et jeunes adultes

Permettre un accueil hospitalier temps plein de court terme afin de réaliser une évaluation sereine des situations

Améliorer la réactivité du premier rendez-vous pour les 18/25 ans et contribuer à une meilleure observance du traitement en post hospitalisation

Adhérer au Groupement d'Intérêt Public (GIP) de la « maison des jeunes et des adolescents » :

- Améliorer l'accueil et l'écoute des jeunes le plus en amont possible de l'apparition des troubles

c. Dispositif

La réponse s'articule autour d'une approche graduelle des soins pour répondre aux problématiques des adolescents et jeunes adultes, en lien avec les familles/personnes ressources, en partenariat (pédopsychiatrie, pédiatrie, Unité Temps Plein pour Enfants et Adolescents de Saint-Brieuc, dispositifs de psychiatrie adultes et autres partenaires sanitaires/éducatifs/sociaux/judiciaires, les interlocuteurs de première ligne...).

Cette réponse se traduit par :

c.1. La Mise en place d'une équipe mobile

Cette équipe ira à la rencontre des jeunes, de 14 à 25 ans en souffrance psychique, des interlocuteurs de premières lignes (familles, éducation nationale, services sociaux, service jeunesse, médecins/infirmiers libéraux, tissu associatif, foyers des jeunes travailleurs, mission locale, employeurs ...), afin de leur permettre d'accéder à des soins adaptés suite à une évaluation et à une mobilisation autour de leurs problématiques.

c.2. Une graduation de réponses en soins au regard de l'âge et de la sévérité des troubles du jeune

Jeunes jusqu'à 16 ans

- **en ambulatoire**
 - Équipe mobile
 - Centre Médico-Psychologique, pouvant être conjugué avec une hospitalisation en pédiatrie pour les jeunes de Lannion en s'appuyant sur l'Antenne Médico-Psychologique / la psychiatrie de liaison
 - Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- **en hospitalisation de jour**
 - Hôpital de jour adolescents pouvant être conjugué avec une hospitalisation de nuit et de week-end en service de pédiatrie (ex : pédiatrie de Lannion avec l'appui de l'Antenne Médico-Psychologique)
- **en hospitalisation complète**
 - Unité Temps Plein pour Enfants et Adolescents de Saint-Brieuc en sachant que la capacité de 10 lits + 2 accueils de nuit (âge 10 à 18 ans), pour le département, conduit à de grosses difficultés pour un accueil en urgence et limite les recours à ce dispositif
 - Unité de pédiatrie de Saint-Brieuc avec un accompagnement pédopsychiatrique, psychologue/infirmier émanant du Pôle de pédopsychiatrie de Dinan
 - Unité de pédiatrie de Lannion avec un accompagnement pédopsychiatrique psychologue/infirmier/éducateur et Antenne Médico-Psychologique émanant du Centre Hospitalier de Bégard

Jeunes de 16 ans à 18 ans

- **en ambulatoire**
- **en hospitalisation de jour**
 - Hôpital de jour adolescents / Hôpital de jour adultes avec un passage de relais
 - Hôpital de jour pouvant être conjugué avec une hospitalisation de nuit et de week-end dans un service d'hospitalisation dédié à la filière psychiatrique en Centre Hospitalier Général
- **en hospitalisation complète**
 - Unité Temps Plein pour Enfants et Adolescents de Saint-Brieuc en intégrant les limites
 - Unité d'hospitalisation de psychiatrie « pôle clinique » au Centre Hospitalier de Bégard, en situation de crise
 - Dans un service dédié à la filière psychiatrique en Centre Hospitalier Général
 - Le large éventail des pathologies accueillies, l'hétérogénéité des âges peut exposer le jeune et sa famille à des effets secondaires néfastes, voire pathogènes. Ceci limite le recours à cette modalité de réponse

Jeunes adultes de 18 à 25 ans

- **en ambulatoire**
- **en hospitalisation de jour**
 - Hôpital de jour pour adultes
 - Hôpital de jour pouvant être conjugué avec une hospitalisation de nuit et de week-end dans un service d'hospitalisation dédié à la filière psychiatrique en Centre Hospitalier Général



Dr Hélène Daurat
Médecin Chef du Pôle
Infanto-Juvenile



Dr Jean-Yves Déréat
Cadre Supérieur de Santé



Françoise Fiaut-Matlot
Vice-Présidente de la Fondation Bon Sauveur
de Bégard

**Toutes les énergies sont fédérées
au service du patient.**

• en hospitalisation complète

- Unité d'hospitalisation de psychiatrie du Centre Hospitalier de Bégard, en situation de crise
- Hospitalisation dans un service dédié à la filière psychiatrique en Centre Hospitalier Général

L'ensemble des réponses mises en avant pour les adolescents et jeunes adultes pourra s'appuyer sur une approche pluridisciplinaire des différents intervenants et sur l'utilisation d'outils facilitant les échanges (synthèses, dossier patient partagé, téléconsultations...).

En dehors des situations de crise que nous souhaitons éviter par une intervention en amont via l'équipe mobile, le diagnostic s'appuiera sur des bilans structurés et programmés. Ces bilans seront réalisés par le biais de consultations individuelles et familiales pluridisciplinaires en ambulatoire et d'observations plus prolongées en hôpital de jour si besoin.

L'évaluation clinique sera complétée par des bilans psychométriques et projectifs, bilans neurocognitifs, des évaluations neuro-développementales, bilans somatiques éventuellement spécialisés, consultations addictologiques, bilans neuro-psychomoteurs, en intégrant les explorations dans le domaine familial, scolaire, voire professionnel avec le concours de l'assistante sociale.

Les différentes modalités d'accompagnement en soins s'articuleront autour des approches : psychanalytiques, développementales, éducatives, neurologiques, Behavioristes/cognitives, systémiques

/ interactionnelles, thérapie cognitive et comportementale, Education Thérapeutique, dans la complémentarité et la transdisciplinarité.

Si la psychose débutante est une préoccupation importante face aux décompensations d'allures psychotiques à cet âge, cela ne résume pas les pathologies qui seront accompagnées (états dépressifs, avec ou sans passage à l'acte suicidaire, névroses graves phobo-obsessionnelles invalidantes avec déscolarisation, troubles de conduites alimentaires ...).

d. Moyens mis en œuvre

Internes à l'Institution :

- Les équipes du Pôle Infanto-Juvenile - l'Hôpital de jour adolescents
- Les dispositifs du Pôle addictologie (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- Les Antennes Médico-Psychologiques sur les centres hospitaliers de Lannion, Guingamp, Paimpol
- Les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation

Partenaires extérieurs :

- Les PAEJ (Point d'Accueil Ecoute Jeunes) de Guingamp, Lannion et Paimpol
- Les animatrices territoriales de santé du pays de Guingamp et du pays du Trégor Goëlo
- Les urgences des Hôpitaux de Lannion, Guingamp, Paimpol (conventions de partenariat signées en 2016)

- Les services de pédiatrie de Lannion et de Saint-Brieuc
- Les établissements scolaires du territoire
- Les professionnels de santé libéraux
- La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- La gendarmerie
- Les services jeunesse du territoire
- Les partenaires sociaux et associatifs
- La Maison Des Adolescents...

Certains locaux seront mis à disposition sur les sites des dispositifs pour enfants et adolescents de la Fondation Bon Sauveur (bureaux, salles de réunion avec équipements informatiques et téléphoniques, visioconférence, téléconsultation...).

Formations à mettre en œuvre :

- Diplôme Inter-Universitaire et interprofessionnel des adolescents et jeunes adultes difficiles
- Formation sur l'état actuel des savoirs
- Pratiques systémiques et thérapie familiale
- Formation à l'intervention systémique paradoxale sur le modèle de l'école de Palo Alto (école du paradoxe).
- Supervision (4 séances par an) animée par une psychologue externe à l'établissement

Des moyens matériels seront à prévoir pour le fonctionnement de l'équipe mobile.

G - AXE 7 : RENFORCER LE PARTENARIAT AVEC LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE D'ARMOR

La Fondation, en tant que gestionnaire d'un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif est partenaire associé du Groupement Hospitalier de Territoire et participe à l'ensemble des réflexions tant sur le plan de l'organisation médicale que sur les aspects logistiques et organisationnels. La notion de parcours de soins rend indispensable la coopération avec les établissements publics du territoire. La contrainte budgétaire rend incontournable la recherche de mutualisations tant sur le plan médical que logistique ou informatique.

Les 5 thématiques du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor

a. Diversifier l'offre de soins en addictologie et fluidifier le parcours du patient

- Poursuivre la construction de la filière de soins en addictologie et la mise en réseau des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.
- Organiser la prise en charge des sevrages simples, en ambulatoire ou en hospitalisation, en s'appuyant sur les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, les consultations hospitalières et les unités d'hospitalisation de niveau 1.
- Adapter les capacités aux besoins de la population sur l'Est du territoire. La coopération doit associer la question des Equipes

de Liaison et de Soins en Addictologie (prises en charge proposées [alcool, tabac, opiacés...] et lieux d'intervention).

- Pour les prises en charge ambulatoires, l'objectif est d'améliorer la connaissance et l'articulation des acteurs entre eux.
- Pour le niveau 2, le projet envisage de compléter l'offre de soins du territoire (Fondation Bon Sauveur de Bégard) par un hôpital de jour et une unité dédiée de niveau 2 à l'Est du département. L'articulation avec le niveau 1 doit être formalisée.
- Mieux définir les modalités d'articulation court séjour / Soins de Suite et de Rééducation en addictologie.

b. Renforcer les liens pédopsychiatrie / court séjour

L'objectif est de mieux définir le cadre de l'intervention pédopsychiatrique en établissement de court séjour, notamment à l'Ouest du territoire. À cette fin, 5 axes de travail seront plus particulièrement travaillés :

- Organiser les liens entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie, particulièrement pour la prise en charge des adolescents. Ce travail passe notamment par la mise à jour et la diffusion des protocoles harmonisés sur le territoire ;
- Structurer le rôle de la pédopsychiatrie aux urgences, en particulier sur le Centre Hospitalier de Lannion ;
- Renforcer la préparation des hospitalisations en pédopsychiatrie depuis le court séjour (rendez-vous de préadmission, relais

avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux...);

- Mettre en place des équipes mobiles de pédopsychiatrie intervenant en court séjour mais également en médico-social ;
- Développer la coordination des acteurs hors hôpital autour notamment de la Maison Des Adolescents ; la Fondation adhère au Groupement d'Intérêt Public « Maison Des Adolescents ».

c. Étudier les modalités d'installation de lits de psychiatrie en établissement de court séjour

L'hospitalisation psychiatrique en établissement de court séjour facilite l'adhésion à l'hospitalisation des patients souffrant de troubles plus « légers » et refusant une prise en charge dans une unité polyvalente de psychiatrie en centre spécialisé.

Il pourrait être envisagé d'implanter une unité de psychiatrie sur le Centre Hospitalier de Lannion ou de Guingamp (ou les deux), dans le cadre d'un partenariat avec la Fondation Bon Sauveur de Bégard.

Définition du profil des patients susceptibles d'être admis :

- Profil pathologique : addictologie, troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement alimentaire (hors patients psychotiques)
- Patients admis en hospitalisation libre (hors soins sans consentement)
- Mode d'entrée : programmé et par les urgences



Dr René Le Guern
Président de la Commission
Médicale d'Établissement

**Il nous faut ne rien lâcher
pour faire que ce projet puisse
fonctionner tel qu'il a été
réfléchi collégialement.**

d. Améliorer la prise en charge aux urgences

Afin d'améliorer la prise en charge en urgence des troubles psychiatriques, trois actions pourront être conduites à l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire :

- 1 - Formaliser des protocoles entre les établissements, par profil de patient. Ces protocoles devront définir les situations pouvant être prises en charge directement par les établissements spécialisés (exemple : crise de mélancolie aiguë et tentative de suicide) et les situations nécessitant la réalisation préalable d'un bilan somatique en hôpital général (exemple : agitation). Ces travaux s'appuieront sur des protocoles en cours de construction.
- 2 - Structurer la prise en charge du bilan somatique en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et le transfert en établissement psychiatrique. Des conventions devront être élaborées pour fixer les modalités de prise en charge des patients.
- 3 - Organiser l'articulation entre les unités de court séjour de médecine ou à vocation psychiatrique (Unité Médico-Psychologique du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc) et les établissements psychiatriques. En effet, ces unités de court séjour sont amenées à prendre en charge des situations de crise pour des patients de tout le territoire :
 - L'objectif est d'améliorer l'articulation après la prise en charge de la crise et l'organisation du relais en hospitalisation spécialisée pour les situations les plus lourdes, ou en ambulatoire, le plus souvent, sur tout le territoire

vers les Centres Médico-Psychologiques des deux établissements de psychiatrie.

- Une réflexion pourrait être engagée sur le lien entre les infirmiers des urgences et le centre de régulation du SAMU. Dans certaines situations, il est proposé de créer un lien entre le médecin régulateur du SAMU et l'infirmier des urgences afin de bénéficier de sa connaissance de :
 - » la pathologie (voire éventuellement du patient),
 - » la gestion de crise en santé mentale,
 - » l'organisation de la psychiatrie sur le territoire, afin d'organiser les soins,
 - » l'articulation avec les partenaires, souvent nombreux, du réseau de la psychiatrie.

e. Améliorer la prise en soins et l'accompagnement du sujet âgé

- Développer les alternatives à l'hospitalisation : création d'équipes mobiles, hôpitaux de jour psychiatriques
- Mieux adapter les structures de soins psychiatriques aux sujets âgés psychiatriques vieillissants
- Rendre plus lisible et plus accessible l'offre de soins dédiée à la personne âgée psychiatrique
- Développer et valoriser les expertises spécifiques

H - AXE 8 : PARTICIPER À L'ÉLABORATION DU PROJET DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ MENTALE (PDSM) EN LIEN AVEC LE GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE ET LES ACTEURS DU CHAMP SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

1. Finalité : l'organisation de la santé mentale

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose les nouvelles bases de la politique de santé mentale et de l'organisation de la psychiatrie en inscrivant la notion de politique de santé mentale dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées enfants et adultes, à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

L'approche partenariale et territoriale de cette politique, associant l'ensemble des acteurs contribuant aux parcours de ces personnes à l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale est établie sur la base d'un diagnostic partagé, donnant lieu à la conclusion d'un Contrat Territorial de Santé Mentale.

2. Objectifs

- Co-piloter, dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire en santé mentale, le diagnostic territorial, en lien avec les partenaires médico-sociaux et conformément aux orientations méthodologiques de l'Agence Régionale de Santé

- Eriger le Groupement de Coopération Sanitaire en santé mentale en Communauté Psychiatrique de Territoire
- Définir le contrat territorial de santé

3. Dispositif

En Bretagne, des travaux de concertations des acteurs concernés par la santé mentale se sont déroulés en 2016 pour envisager le déploiement de la démarche parcours en santé mentale à partir du cadre proposé par l'article 69 et des enseignements, issus du projet de développement d'une démarche parcours en psychiatrie et santé mentale initié par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et expérimenté dans la région.

a. Le département est le territoire privilégié d'élaboration du projet de santé mentale :

- Niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs concernés et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées
- Niveau territorial facilitateur pour coordonner les politiques de soin, d'accompagnement social et médico-social, de logement, de scolarisation, d'insertion, d'emploi
- Niveau actuel de l'organisation des soins sans consentement
- Niveau pertinent pour capitaliser les expériences et les échanges

La mise en œuvre du Projet Départemental de Santé Mentale pourra se décliner sur des échelles territoriales infra-départementales, territoires

d'actions du projet, utiles à la mise en œuvre du plan d'actions. Elle s'appuiera, pour cela, sur des territoires existants et sur leur évolution et/ou convergence éventuelles (secteurs de psychiatrie, territoires d'action sociale, territoires de santé (CPTS), de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), d'Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI), de pays).

Elle prendra également en compte des territoires-projets parfois interdépartementaux, tels que ceux de certains Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et de Contrats Locaux de Santé (CLS). Dans ce cas, un avenant aux projets départementaux de santé mentale concernés pourra être établi.

La démarche partenariale, étape préalable et condition de réussite du projet

Le développement de dynamiques partenariales associant sur chaque département l'ensemble des acteurs de la santé mentale constitue, à la fois, un enjeu et une condition de réussite de la mise en œuvre effective d'une politique de santé mentale capable de lever les difficultés rencontrées en matière de parcours de santé et de vie des personnes concernées.

Afin de faciliter le partenariat, il convient de veiller à l'association des acteurs concernés, de proposer un cadre partenarial formalisé et de mettre en place une organisation en mode projet.

L'association des acteurs concernés

La démarche veillera à associer les principaux acteurs concernés par la santé mentale sur le département :

- les personnes directement concernées et leur entourage,
- les médecins traitants et équipes de soins primaires,
- les psychiatres et psychologues libéraux,
- les établissements de santé, en particulier ceux autorisés en psychiatrie,
- les services et établissements médico-sociaux,
- les acteurs du social : logement, hébergement, aides à domicile, insertion sociale et professionnelle,
- les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention,
- les maisons des adolescents.

Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

- Les acteurs impliqués dans des fonctions de coordination ou d'intégration,
- Les acteurs institutionnel (Maisons Départementales des Personnes Handicapées, Conseils Départementaux, Education nationale, Assurance maladie, services de Etat, Agence Régionale de Santé)

Les acteurs concernés par la santé mentale au niveau départemental sont nombreux. Il est en conséquence nécessaire de prévoir un mode de représentation des acteurs du moins pour les plus nombreux (représentation des usagers et de leur entourage, représentation des acteurs libéraux, des acteurs sociaux et médico-sociaux).

b. Ériger le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en communauté psychiatrique de territoire

La définition d'un cadre partenarial formalisé est une condition indispensable à la démarche. Le décret du 26 octobre 2016 relatif aux Communautés Psychiatriques de Territoire prévoit cependant que ces dernières, dans une modalité élargie et préfiguratrice, puissent constituer un cadre partenarial, fédérateur des acteurs et porteur de la démarche.

Pour ce faire, la Fondation a signé la convention constitutive entre les partenaires qui est le document socle de la démarche partenariale.

Une organisation en mode projet

La Fondation participera au comité de pilotage départemental comprenant des représentants des usagers et des aidants, des opérateurs, des institutions, des experts. Cette modalité de pilotage traduit la volonté d'un partenariat ouvert et équilibré.

La réalisation d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale par les acteurs de santé du territoire, comprend :

Un état des ressources disponibles

Il convient d'identifier :

- les insuffisances en matière de parcours de santé et de vie, dans l'accessibilité, la coordination et la continuité des services d'offre de prévention, de soins, d'accompagnements sociaux et médicosociaux, en tenant compte des spécificités du handicap psychique rappelées dans la stratégie quinquennale

- à l'occasion de la conférence interministérielle du handicap du 2 décembre 2016
- les préconisations pour y remédier

L'élaboration du Projet Départemental de Santé Mentale (PDSM) à l'initiative des professionnels et des établissements travaillant dans le champ de la santé mentale.

Le PDSM organise la « coordination territoriale de second niveau », au sens de la coopération entre les acteurs et les institutions pour définir les actions à entreprendre, afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic partagé :

- Il prend en compte les priorités du Projet Départemental en Santé Mentale définies par décret.
- Il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services nécessaires à l'amélioration des parcours.
- Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet.
- Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

La conclusion d'un Contrat Territorial de Santé Mentale entre l'Agence Régionale de Santé et les acteurs pour la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale. Il définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent

et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

I - AXE 9 : ÉTUDIER LA POSSIBILITÉ D'IMPLANTER DES LITS DE PSYCHIATRIE AU SEIN DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL

1. Finalité

Cet axe s'inscrit dans la volonté de se rapprocher des hôpitaux généraux à l'instar du rapprochement du pôle Infanto-Juvenile du site hospitalier de Guingamp dans le cadre de l'extension des Antennes Médico-Psychologiques 24h/24 et la perspective d'installation du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et des structures extrahospitalières de Lannion sur le site hospitalier lannionais.

Ce rapprochement s'inscrit dans la perspective de créer des synergies entre les équipes hospitalières et de psychiatrie. Cela favorise la fluidité du parcours du patient.

L'éventualité de créer des lits de psychiatrie au sein de l'hôpital général semble, à terme, inévitable, du fait notamment de la difficulté de recrutement médical. La configuration du Groupement Hospitalier de Territoire rend la réalisation complexe du fait de l'éclatement des sites hospitaliers généraux entre Saint-Brieuc, Lannion, Guingamp, Paimpol.

Cet axe doit être maintenu et travaillé sur la durée du projet d'établissement afin de tenir

compte du rythme d'évolution des partenaires du Groupement Hospitalier de Territoire.

2. Objectifs : étudier 3 hypothèses à moyen terme

Trois scénarios ont été construits pour définir les patients qui composeraient la file active de la nouvelle unité :

- Scénario 1 : prise en compte uniquement des patients en provenance des Centres Hospitaliers Généraux et hospitalisés à la Fondation (quelle que soit l'unité de soins) ;
- Scénario 2 : 50% des patients hospitalisés à la Fondation ;
- Scénario 3 : ensemble des patients hospitalisés à la Fondation.

Le dimensionnement des lits a été réalisé, à partir du nombre de journées par pathologie, pour le profil psychiatrique et pour le profil addictologique sur chacun de ces trois scénarios, avec un taux d'occupation de 85 % et de 90 %. Une cible de 20 à 21 lits semble pertinente.

Cette éventualité d'implantation de lits à l'hôpital général est inscrite dans le Projet Médical Partagé. Sa mise œuvre pourrait s'inscrire dans les restructurations en cours dans le Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor.



Dr René Le Guern
Président de la Commission
Médicale d'Établissement

La Fondation est un espace de métiers diversifiés et évolutifs pour les médecins et les professionnels soignants ou non.

A portrait of Sylviane Auffret, a woman with short blonde hair, smiling. She is wearing a white lace top under a grey and white patterned jacket, and a dark skirt. Her hands are clasped in front of her.

À la recherche de l'alliance thérapeutique

“

Pas moins de sept comités de pilotage et de nombreux groupes de travail ont œuvré, à partir du diagnostic, à construire un projet de soins et d'accompagnement nouvelle génération. Notre réflexion sur la philosophie du soin et sur les actions des professionnels s'est emparée des principes de respect, d'écoute, de bienveillance et de bientraitance qui nous guident.

Les groupes ont travaillé autour des valeurs et des missions de la Fondation avec l'objectif d'améliorer l'activité en conservant des moyens identiques. L'adaptabilité et l'inventivité se sont exprimées pour trouver les meilleures réponses aux besoins des patients et des résidents. Notre choix s'est porté sur la continuité et l'optimisation des soins sur le territoire. L'Infirmier d'Accueil et d'Orientation, l'existence d'un interlocuteur en psychiatrie 24/24, sont autant d'initiatives innovantes.

Les accompagnements socio-thérapeutiques ou encore les différents dispositifs d'hébergements qui nécessitent la construction de véritables partenariats sociaux-économiques, sont eux-aussi les éléments nouveaux qui montrent la nécessité d'adapter les formations des personnels à ces évolutions. Ce projet a pour ambition d'aller plus loin et de donner du sens et donc de l'assise aux formations, aux métiers et aux pratiques en encourageant la co-action et l'intelligence de l'alliance thérapeutique.

Sylviane Auffret

Cadre Supérieure de Santé

Le projet de soins et d'accompagnement

A - Organigramme de la Direction des Soins et du Pôle Social et Médico-Social	104
B - Les parcours de soins et d'accompagnement	105
C - Mission de la Direction des Soins en matière de Coopération, de formation et de tutorat	106

LES 8 PARCOURS DE SOINS ET DISPOSITIFS SE DÉCLINENT DE LA MANIÈRE SUIVANTE

A - Parcours de soins ambulatoires sans recours à l'hospitalisation (adultes, enfants, adolescents)	106
1. Finalité	106
2. Objectif général	106
3. Le dispositif	106
B - Réponse à l'urgence au niveau des enfants, adolescents et adultes	110
1. Finalité	110
2. Objectif général	110
3. Le dispositif	110
C - Prise en charge des hospitalo-requérants, hospitalo-dépendants	112
1. Finalité	112
2. Objectif général	112

3. Le dispositif	112
D - Accueil, prise en soin et accompagnement hospitaliers des patients en soins libres et sans consentement	114
1. Finalité	114
2. Objectif général	114
3. Le dispositif	114
E - Accueil et prise en charge en psychogériatrie	116
1. Finalité	116
2. Objectif général	116
3. Le dispositif	116
F - Accueil et prise en charge des conduites addictives	118
1. Finalité	118
2. Objectif général	118
3. Le dispositif	118
G - Prise en charge du suicide	120
1. Finalité	120
2. Objectif général	120
3. Le dispositif	120

H - Parcours articulés entre le soin et l'accueil social et médico-social	122
1. Finalité	122
2. Objectif général	122
3. Le dispositif	122

LES 9 DISPOSITIFS TRANSVERSAUX

A - Le comite éthique	126
B - La prise en charge psychologique	127
C - Le service social en psychiatrie	130
D - La prise en charge nutritionnelle : alimentation et activités physiques	133
1. Les enjeux	133
2. L'organisation	133
3. Le diagnostic	135
4. Le plan d'actions	136
E - La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)	136
1. Finalité	136
2. Objectif général	136
3. Le dispositif	136
F - L'administration du médicament	139
G - Le service socio-thérapeutique et socio-culturel	139
1. Finalité	139
2. Objectifs	139
3. L'organisation du service	139
4. Le plan d'actions	142

H - Réhabilitation sociale : les passerelles vers l'autonomie - type « 3 logis »	144
1. Finalité	144
2. Objectif général	144
3. Dispositif	144
I - Information et documentation / archives	146
1. Le Centre d'Information et de Documentation (CID)	146
2. Les archives centralisées	146



Françoise Fiaut-Matelot
Vice-Présidente de la Fondation Bon Sauveur
de Bégard

**Chaque choix crée
de la dynamique dans le projet...**

Ce projet de soins et d'accompagnement s'inscrit dans la continuité du précédent projet dont la plupart des objectifs ont été atteints. Un certain nombre d'actions engagées seront reconduites :

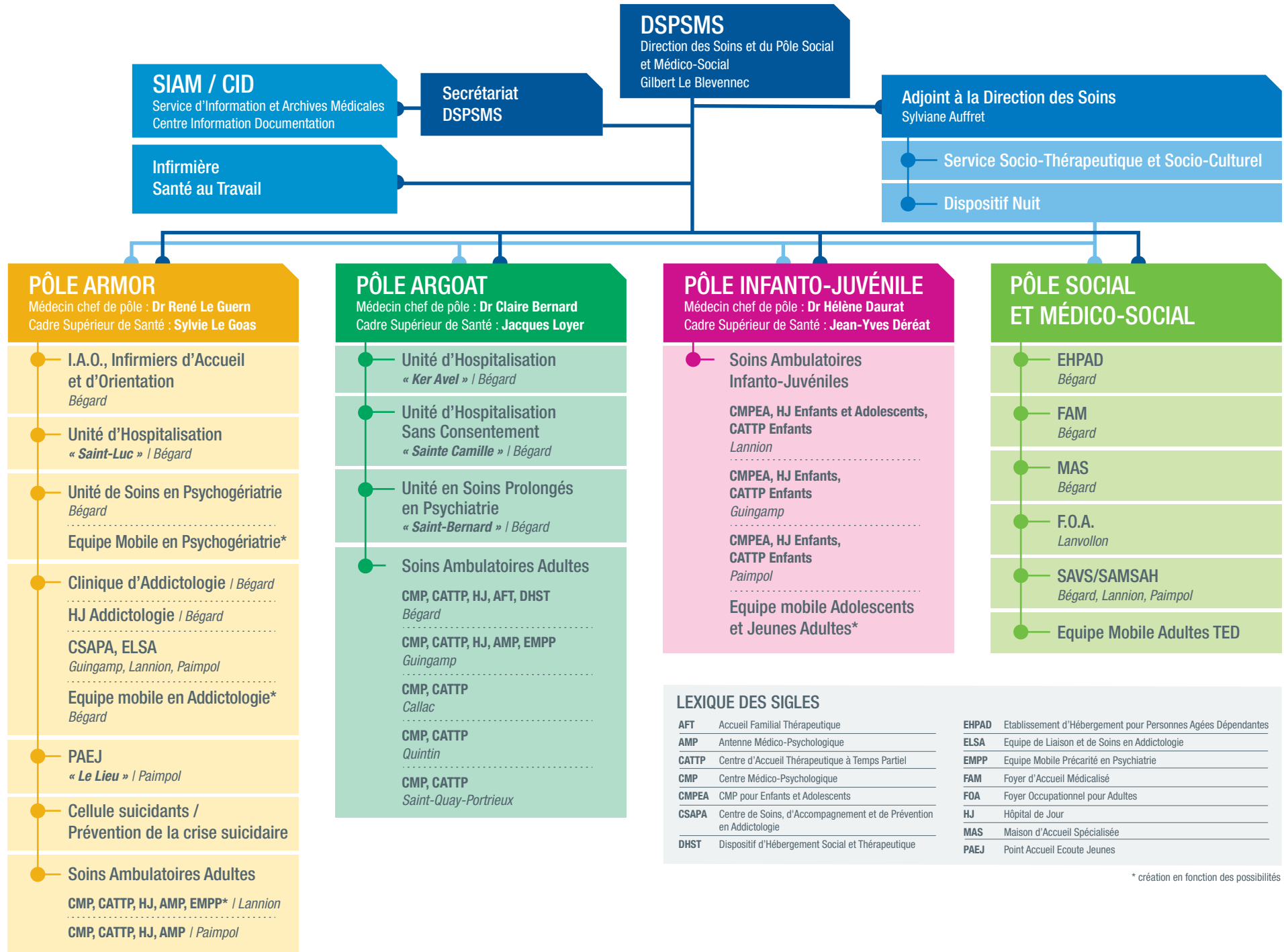
- Poursuivre la réflexion éthique :
 - Organiser des ateliers thématiques semestriels à destination des professionnels de la Fondation et des partenaires
 - Favoriser la parution des travaux engagés
- Promouvoir les droits des patients
- Poursuivre la formation pluriannuelle concernant la bientraitance
- Entreprendre une démarche de développement professionnel continu
- Accentuer la lutte contre la douleur
- Développer une réflexion concernant le développement durable en matière de soins et d'accompagnement
- Rassembler les éléments constitutifs du projet thérapeutique individualisé du patient dans un support « démarche de soins » dans le Dossier Patient Informatisé

Ce projet s'inspire d'une philosophie du soin présentée en annexe.¹



¹ Cf. annexe 2

A - ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES SOINS ET DU PÔLE SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL



B - LES PARCOURS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

Les prises en charge au sein de la Fondation, qu'elles soient sanitaires ou médico-sociales répondent à un certain nombre de critères qui garantissent leur qualité et leur sécurité. Lors de l'élaboration de ce projet, les travaux de groupes ont permis de mettre en exergue ce qui fonde les gages de qualité et de sécurité des soins.

Les soignants s'organisent autour d'un chemin clinique qu'il est possible de résumer en 6 étapes.

Les réflexions menées ont permis d'identifier et de retenir 8 parcours de soins :

- 1 - Les soins ambulatoires sans recours à l'hospitalisation (enfants, adolescents et adultes)
- 2 - La réponse à l'urgence au niveau des enfants, adolescents et adultes

- 3 - La prise en charge des hospitalo-requérants et hospitalo-dépendants
 - 4 - L'accueil, la prise en soins et l'accompagnement des patients en hospitalisation libre ou sans consentement
 - 5 - L'accueil et la prise en charge en psychogériatrie
 - 6 - L'accueil et la prise en charge des conduites addictives
 - 7 - La prévention et la prise en charge de la crise suicidaire
 - 8 - L'articulation avec le pôle social et médico-social
- Premières orientations stratégiques du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des structures Sociales et Médico-Sociales :
- Améliorer la qualité de l'accompagnement dans les établissements et services sociaux et médico sociaux
 - Apporter une réponse inclusive adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne en situation de handicap

- Se doter d'une organisation efficiente au service des personnes accompagnées

Ces parcours de soins se complètent de plusieurs dispositifs transversaux :

- Le comité éthique
- La prise en charge psychologique
- Le service social en psychiatrie
- La prise en charge nutritionnelle : alimentation et activités physiques
- La Pharmacie à Usage Intérieur
- L'administration du médicament
- Le service socio-thérapeutique et socio-culturel
- Les passerelles vers l'autonomie type « 3 logis »
- L'information et la documentation / la gestion des archives
- La mise en place et le suivi des conventions de partenariats

LES SOIGNANTS S'ORGANISENT AUTOUR D'UN CHEMIN CLINIQUE QU'IL EST POSSIBLE DE RÉSUMER EN 6 ÉTAPES.



C - MISSION DE LA DIRECTION DES SOINS EN MATIÈRE DE COOPÉRATION, DE FORMATION ET DE TUTORAT

La Direction des Soins et du Pôle Social et Médico-Social joue un rôle important en matière de coopération avec l'environnement institutionnel ainsi qu'en matière de formation et de tutorat.

A ce titre, elle gère l'ensemble des conventions régissant les rapports avec les partenaires de la Fondation. Les conventions liées aux stages sont sous la responsabilité directe de cette Direction.

Les conventions qui lient la Fondation Bon Sauveur avec les centres de formation de type IFSI/IFAS des centres hospitaliers de Guingamp, Lannion, Paimpol, Saint-Brieuc sont traitées en lien avec le Groupement Hospitalier du Territoire (GHT). Il est ainsi prévu une rencontre annuelle d'évaluation des pratiques avec l'ensemble des établissements concernés.

La Direction des Soins et du Pôle Social et Médico-social assure la coordination des stages, le suivi des demandes. Un dossier de tutorat est donc remis à chaque stagiaire, ce support est un outil de coordination à l'usage de l'intéressé et du professionnel accompagnateur référent.

LES 8 PARCOURS DE SOINS ET DISPOSITIFS SE DÉCLINENT DE LA MANIÈRE SUIVANTE

A - PARCOURS DE SOINS AMBULATOIRES SANS RECOURS À L'HOSPITALISATION (ADULTES, ENFANTS, ADOLESCENTS)

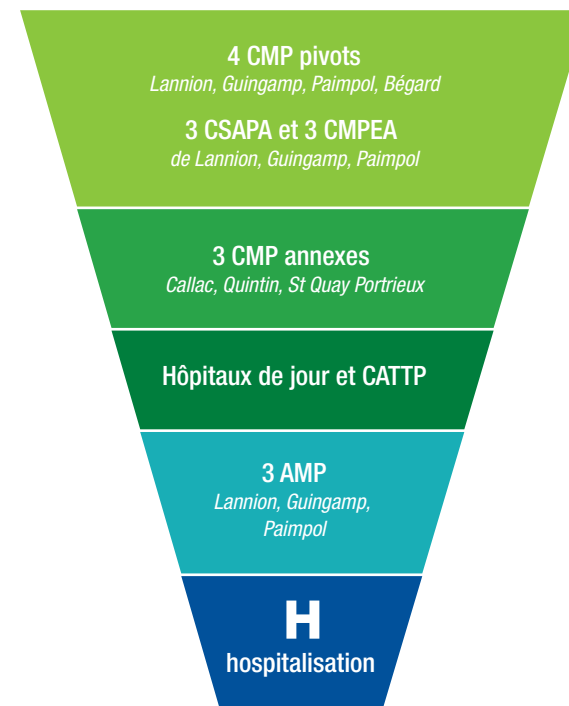
1. Finalité

Assurer une continuité de réponse en soins 24h/24 et 7j/7, pour les personnes en souffrance psychique et limiter au maximum le recours à l'hospitalisation complète

2. Objectif général

Développer la complémentarité des structures ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation temps plein.

3. Le dispositif



CMP	Centre Médico-Psychologique
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CMPEA	CMP pour Enfants et Adolescents
CATT	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
AMP	Antenne Médico-Psychologique

Fiche projet N°1 : Promouvoir les parcours ambulatoires « Adultes » sans recours à l'hospitalisation (Axes 1/2/3 du projet médical)

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Améliorer l'accès aux soins ambulatoires	Les Centres Médico-Psychologiques pivots sont actuellement ouverts de 8h20 ou 9h jusqu'à 18h du lundi au vendredi et le samedi matin de 8h10 à 12h.	2019
	L'organisation à venir permettrait une extension des horaires d'ouverture du lundi au vendredi jusqu'à 19h voire jusqu'à 20h, 2 à 3 jours / semaine	
	Les Centres Médico-Psychologiques annexes assurent 2 jours d'ouverture par semaine	2017
	Les Centres Médico-Psychologiques pivots coordonnent l'activité des équipes mobiles	2018
	1 infirmier d'accueil par Centre Médico-Psychologique	2018
	Les Antennes Médico-Psychologiques de Lannion, Guingamp disposent d'un effectif infirmier 24h / 24 et 7 jours / 7	2017
	L'Antenne Médico-Psychologique de Paimpol assure l'accueil de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 12h20 à 20h les WE et jours fériés	2017
	Les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation coordonnent les parcours des patients et assurent l'évaluation, la régulation et la coordination des demandes des professionnels et partenaires extérieurs	2017
Améliorer la maîtrise des admissions sur le site de Bégard	Une Equipe Mobile de Précarité en Psychiatrie sera à créer sur Lannion et un renforcement de l'Equipe Mobile de Précarité en Psychiatrie de Guingamp sera à prévoir	2019
	Etendre les amplitudes horaires du Centre Médico-Psychologique de Bégard 5 jours sur 7	2018
	Envisager une implantation géographique en dehors du site du centre hospitalier	2018
Améliorer la gouvernance des Centres Médico-Psychologiques et pallier la pénurie médicale	Assurer une continuité de réponse jour/nuit via le dispositif d'accueil et d'orientation (IAO)	2017
	Impliquer les psychologues dans la coordination clinique des prises en charge ainsi que dans l'analyse des pratiques ambulatoires	2018
Développer et adapter les projets des hôpitaux de jour	Utiliser les hôpitaux de jour en alternative à l'hospitalisation temps plein	2017
	Développer des activités de groupe planifiées et connues des Centres Médico-Psychologiques (Éducation Thérapeutique, groupes familles, thérapies familiales)	2018
Développer une politique de communication	Informers les élus, médecins généralistes, les partenaires concernant les évolutions de nos dispositifs	2017

Fiche projet : Promouvoir les parcours ambulatoires « enfants/adolescents » sans recours à l'hospitalisation (Axe 6 du projet médical)

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
<p>Améliorer l'accompagnement en soins des enfants/adolescents/familles en Centre Médico-Psychologique lors de l'accueil, du diagnostic, de l'orientation, des suivis en renforçant la pluridisciplinarité/l'interdisciplinarité</p>	<p>Ouverture aux approches actuelles, psychanalytiques, développementales, éducatives, neurologiques, Béhavioristes/cognitives, systémiques/interactionnelles... sans exclusion de l'une par l'autre, mais dans la certitude de la complémentarité et de la transdisciplinarité.</p> <p>Les neurosciences nous apportent, à ce jour, de nouvelles perspectives en matière d'approches au niveau de la santé mentale et ce notamment au niveau du diagnostic et des modalités de suivi des enfants/adolescents porteurs de problématiques psychiques (approches neuro-développementales, remédiation cognitive...).</p> <p>S'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.</p> <p>L'approche projet de soins personnalisé / parcours de soins / projet de vie, en lien avec les partenaires de l'éducation nationale, judiciaires, médico-sociaux, associatifs, les familles, fait apparaître la nécessité de compléter les compétences du pôle sur le volet social.</p>	<p>Dernier trimestre 2017, puis en continu</p> <p>Mise en place d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) « évaluation fonctionnelle et Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) » premier semestre 2018 Puis déploiement dernier semestre 2018 Puis en continu Embauche de Moniteurs Educateurs : 2018-2019, en lien avec les départs en retraite d'infirmiers du pôle</p>
<p>Améliorer les conditions d'accueil des usagers et de travail des professionnels</p>	<p>Déménagement de l'Hôpital de jour enfants de Paimpol dans l'ancienne école de Kérity et aménagement du Centre Médico-Psychologique dans les locaux actuels de l'Hôpital de jour</p> <p>Regroupement des dispositifs enfants de Guingamp sur un seul site à proximité de l'Hôpital Général</p>	<p>Premier trimestre 2018, puis en continu</p> <p>Echéance fin 2018</p>

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
<p>Améliorer le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants en Hôpital de jour et ce notamment au niveau de l'autisme</p>	<p>A l'aube du 4^e plan Autisme, les recommandations de bonnes pratiques s'adressent à l'ensemble des professionnels de niveau 1, de niveau 2 et de niveau 3.</p> <p>La structuration du niveau 2 sur le département en lien avec le Centre Ressources Autisme (Appel à projet en cours de finalisation au niveau de l'Agence Régionale de Santé)</p> <p>L'action consistera à répondre à l'appel à projet, puis au portage du dispositif avec des partenaires (pédopsychiatrie de Plouguernevel et de Dinan, Unité Médico-Psychologique de Saint-Brieuc, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce Jacques Cartier/Les Mauriers...), dans la logique d'une couverture du territoire (ex : Equipe Mobile Intervention Adultes autistes) et en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.</p>	<p>Dernier trimestre 2017, puis en continu</p>
<p>Co-construire une approche graduelle des soins pour répondre aux problématiques des adolescents en lien avec les familles et les partenaires</p>	<p>Déclinaison de modalités de prises de relais rapides entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie : consultations, téléconsultations, prise en charge partagée - pédiatrie / Antenne Médico-Psychologique / Centre Médico-Psychologique ou Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou Hôpital de jour adolescents.</p> <p>Création d'une Equipe Mobile adolescents / jeunes adultes (14 à 20 ans)</p>	<p>Mise en place d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles pédiatrie / Antennes Médico-Psychologiques / pédopsychiatrie</p> <p>Déploiement en octobre 2017 et en continu</p> <p>Dans le cadre du développement du projet d'établissement et en adéquation avec le projet du Groupement Hospitalier de Territoire</p> <p>Premier semestre 2019</p>

B - RÉPONSE À L'URGENCE AU NIVEAU DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES

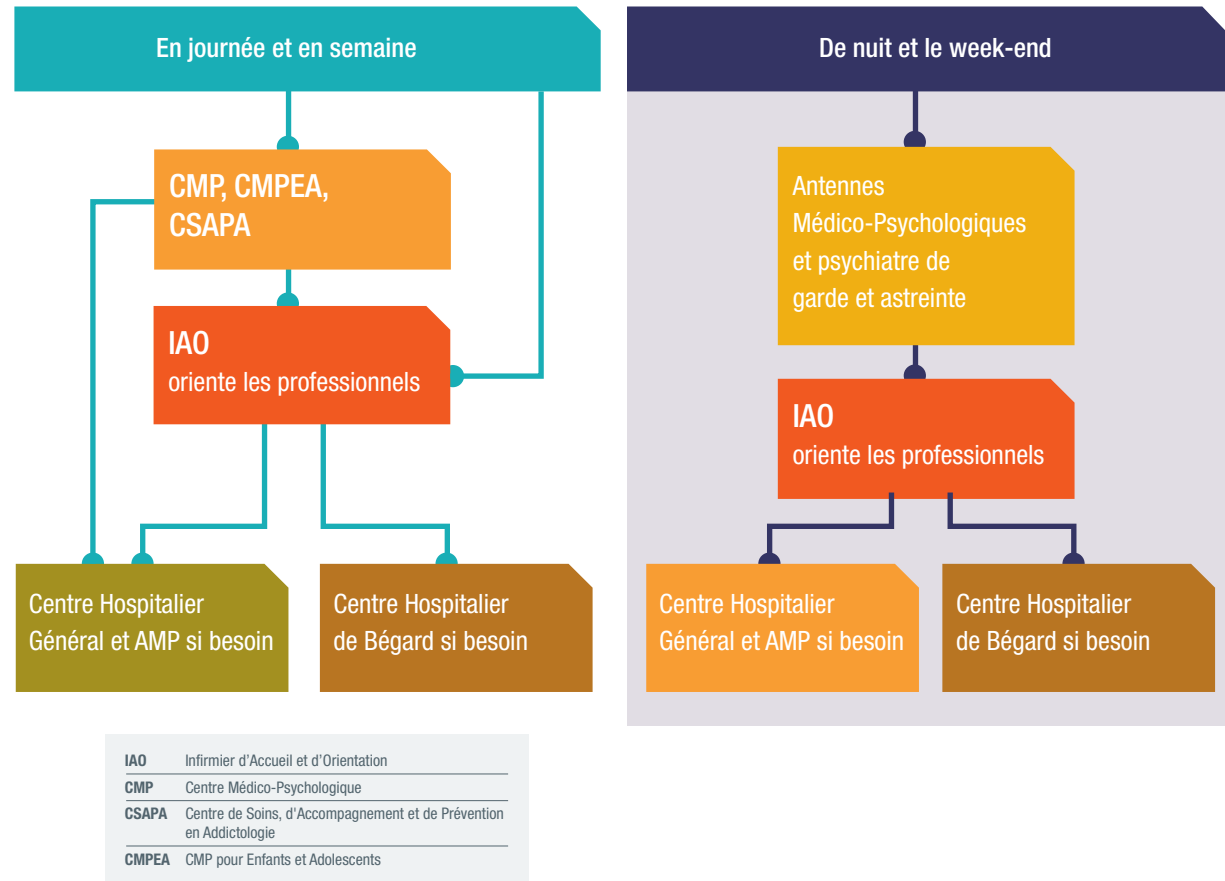
1. Finalité

Toute demande de soins en urgence aboutit à une évaluation/orientation afin de trouver une réponse adaptée.

2. Objectif général

Développer la complémentarité des structures ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation temps plein, tant sur le plan psychiatrique que somatique, afin d'écartier les causes physiologiques liées à certains troubles et de proposer une orientation adaptée.

3. Le dispositif



Fiche projet N°2 : Gérer les demandes urgentes pour enfants, adolescents et adultes

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Maintenir la permanence des soins	Maintenir les dispositifs de : <ul style="list-style-type: none"> · Gardes et astreintes médicales · Astreintes de direction · Astreintes de cadres de santé 	2017 - 2021
Améliorer les capacités d'intervention non programmée en Centre Médico-Psychologique	Harmoniser l'organisation des Centres Médico-Psychologiques : <ul style="list-style-type: none"> · Mettre en place des créneaux d'urgence journaliers · Clarifier les modalités d'intervention à domicile 	2018
	Aménager un espace dédié aux rendez-vous non programmés	2018
Améliorer la gouvernance des Centres Médico-Psychologiques et pallier la pénurie médicale	Impliquer les psychologues dans la coordination clinique des prises en charge ainsi que l'analyse des pratiques ambulatoires. En concertation avec l'encadrement et le psychiatre référent de chaque Centre Médico-Psychologique, organiser et coordonner les analyses cliniques des situations d'urgence en collaboration avec les psychologues	2018
Poursuivre le déploiement du système d'information	Rendre le Dossier Patient Informatisé accessible dans tout Centre Médico-Psychologique	2017 - 2021
	Développer la gestion des agendas dans chaque Centre Médico-Psychologique et Antenne Médico-Psychologique	2017 - 2021
Développer la prévention des situations d'urgence	Communiquer sur l'évolution des dispositifs de soins et les missions de l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation	2017 - 2021
	Mettre en place les équipes mobiles de psychogériatrie, addictologie, adolescents et jeunes adultes et de Précarité en Psychiatrie	2018 - 2019

C - PRISE EN CHARGE DES HOSPITALO-REQUÉRANTS, HOSPITALO-DÉPENDANTS

Hospitalo-requérant : personne présentant des troubles du comportement majeurs avec risques de violence et d'impulsivité. L'accueil de cette catégorie de patients est rendu difficile en structures médico-sociales en raison des problèmes d'incompatibilité avec les populations accueillies (cohabitation).

Hospitalo-dépendant : personne présentant des troubles psychiatriques stabilisés mais ne pouvant vivre seule au domicile. Elle nécessite un accompagnement à la vie sociale afin d'intégrer, de manière progressive, un dispositif d'hébergement autonome ou l'intégration en structure médico-sociale.

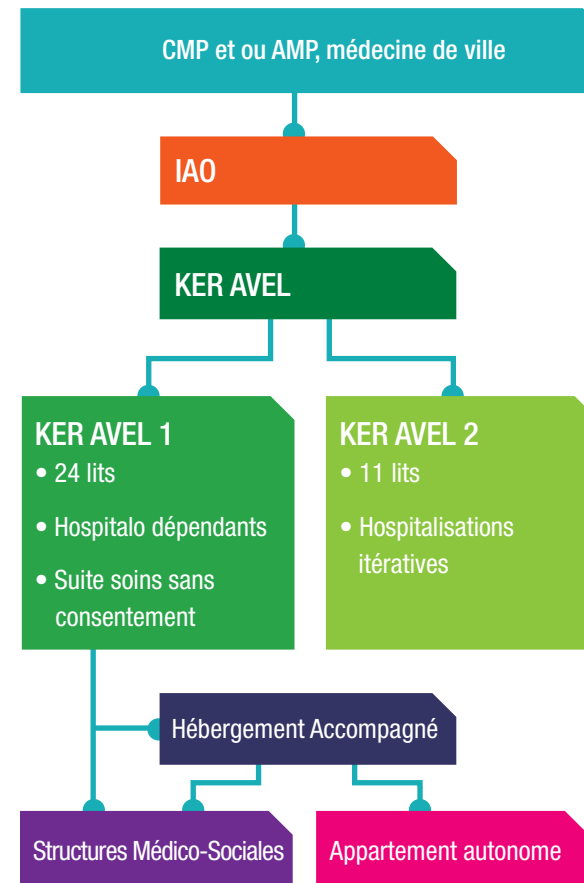
1. Finalité

Que chaque personne souffrant de troubles psychiatriques majeurs stabilisés ou non reçoive les soins appropriés à son état de santé et bénéficie d'un projet de soins adapté à sa situation.

2. Objectif général

Assurer un accompagnement et une prise en soins adaptés permettant d'éviter les risques de rechute ou de crise clastique.

3. Le dispositif



IAO Infirmier d'Accueil et d'Orientation

CMP Centre Médico-Psychologique

AMP Antenne Médico-Psychologique

Fiche projet N°3 : Prendre en charge les patients hospitalo-requérants et hospitalo-dépendants

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Développer la démarche de soins individualisée	Formaliser le Projet Thérapeutique Individualisé en s'appuyant sur la démarche de soins (définition d'une problématique, actions à mettre en place et évaluations programmées) Intégrer et /ou renforcer l'Education Thérapeutique comme outil de soins à l'usage des patients	2018
Compléter la filière de prise en charge de personnes psychotiques stabilisées ayant besoin d'un accompagnement adapté au quotidien	Fermer l'Unité de Soins Prolongés en Psychiatrie « Saint Bernard »	2018
Adapter l'unité Ker Avel à l'accueil des hospitalo-requérants et des patients admis en hospitalisation itérative	Réserver deux ailes du bâtiment (Ker Avel) soit 24 lits aux patients hospitalo - dépendants, en suites de soins sans consentement, en vue de préparer leur sortie Consacrer une aile de 11 lits aux patients en situation d'hospitalisation itérative	2018
Spécialiser certains lits médico-sociaux pour personnes handicapées présentant des troubles psychiques	Développer les passerelles entre sanitaire, social et médico-social pour faciliter les prises en soins et le traitement de périodes de crises	2018

D - ACCUEIL, PRISE EN SOIN ET ACCOMPAGNEMENT HOSPITALIERS DES PATIENTS EN SOINS LIBRES ET SANS CONSENTEMENT

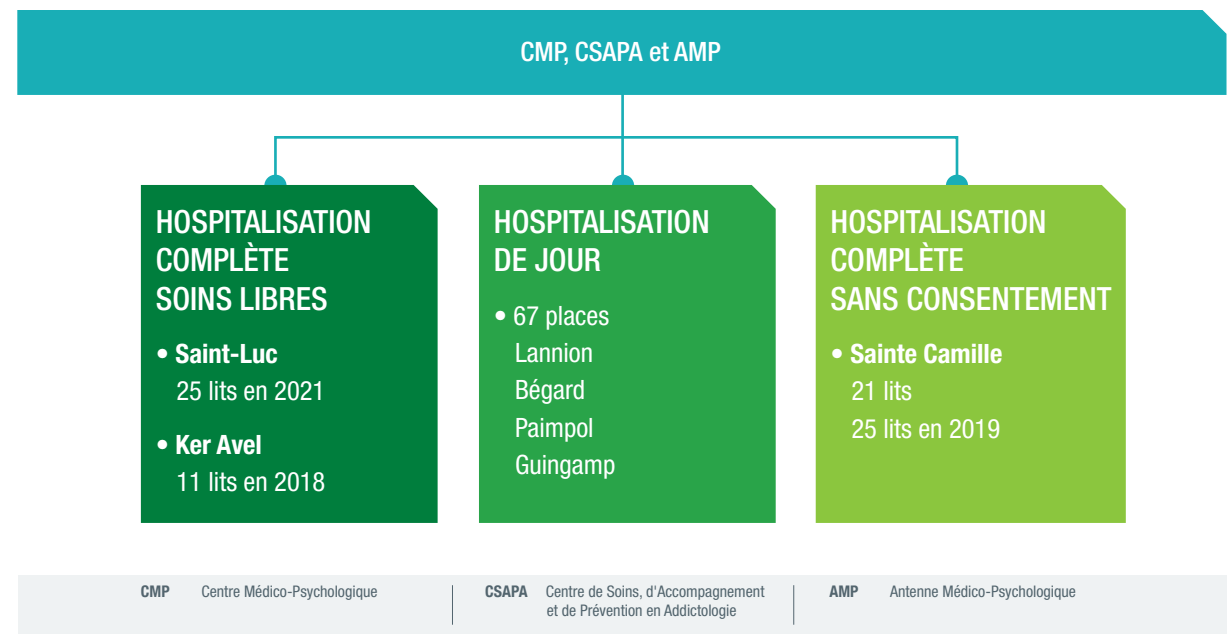
1. Finalité

Toute demande d'hospitalisation doit passer par le dispositif d'accueil et d'orientation (IAO) ; elle peut faire l'objet d'une évaluation via le Centre Médico-Psychologique et/ou l'Antenne Médico-Psychologique, en vue d'une proposition de soins adaptée.

2. Objectif général

Poursuivre la démarche engagée de diminution de lits pour accéder à une capacité d'accueil en lits par unité n'excédant pas les 25 lits, ceci en référence aux structures Ker Avel et Saint-Luc qui ont une capacité d'accueil actuelle de 37 lits. Mettre en place une programmation des hospitalisations libres (les hospitalisations en soins sans consentement sont assurées 24h24 et 7j/7).

3. Le dispositif



L'unité fonctionnelle Saint Luc accueille les patients dans le cadre d'une première hospitalisation pour des troubles nécessitant des prises en charges courtes mais également les patients n'ayant pas été hospitalisés depuis plus d'un an.

L'unité fonctionnelle Ker Avel accueille :

- Au sein de l'unité fermable (24 lits) : les patients hospitalo-dépendants et les patients en suites de soins sans consentement dont le comportement est stabilisé et ceci, en vue de préparer leur sortie

- Au sein de l'unité ouverte (11 lits) : les patients en situation d'hospitalisation itérative

Fiche projet 4 : L'accueil, la prise en soins et l'accompagnement hospitaliers des patients en soins libres et sous contrainte

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Systématiser le bilan somatique des admissions en soins sans consentement	Via les Antennes Médico-Psychologiques des Centres Hospitaliers de Lannion et Guingamp, systématiser le bilan somatique pour les patients adressés en soins sans consentement avant orientation au Centre Hospitalier de Bégard	2017
Développer les soins ambulatoires sans consentement	Transférer la totalité du suivi des programmes de soins au niveau des Centres Médico-Psychologiques	2017
	Organiser l'effectif soignant du nouveau service à 25 lits en créant notamment un sas d'accueil/évaluation et deux zones de prise en charge (intensive et hôtelière)	2019
Adapter l'Unité d'Hospitalisation en soins sans consentement aux exigences actuelles	Réactualiser le projet d'unité de soins : <ul style="list-style-type: none"> · Associer le patient et son entourage à la prise en charge et à son évaluation régulière · Mettre en œuvre les réunions de pratiques cliniques hebdomadaires · Améliorer les passages de relais, la coordination, avec les structures et organisations (Ker Avel, les hôpitaux de jour, les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, les Centres Médico-Psychologiques et les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) 	2017

E - ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE EN PSYCHOGÉRIATRIE

1. Finalité

Améliorer l'accueil, le dépistage, l'évaluation et les prises en soins des personnes d'âge supérieur ou égal à 70 ans (possible dérogation après évaluation par le psychiatre référent de l'unité en fonction de la pathologie).

2. Objectif général

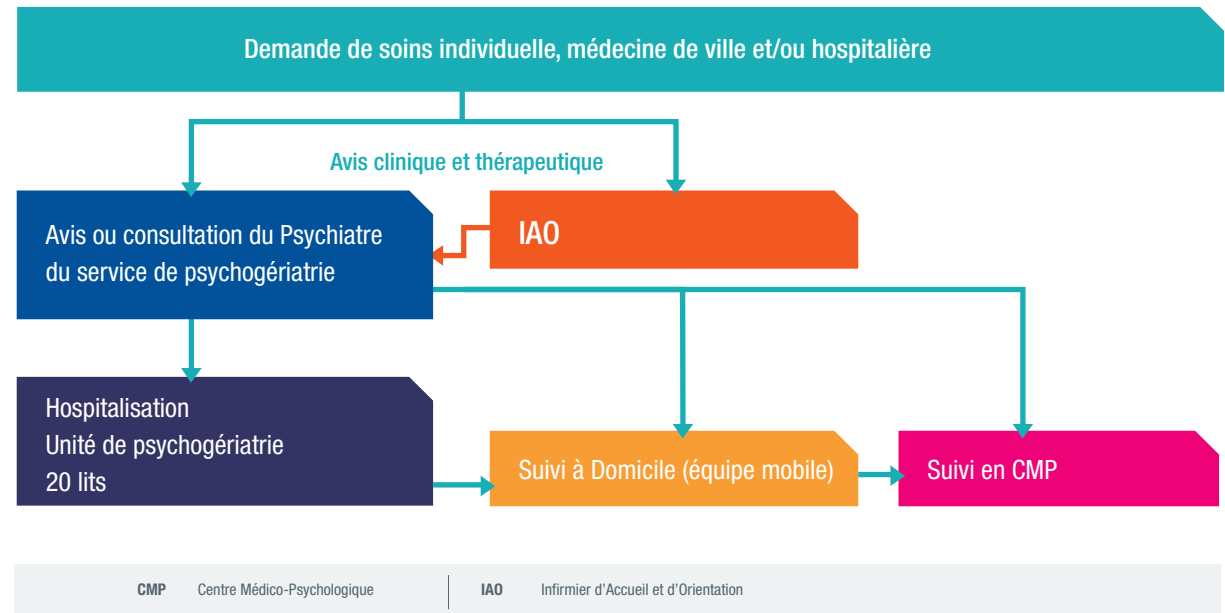
Maintenir un accès aux soins sur tout le territoire malgré la pénurie médicale et prendre en soins sous forme de primo-hospitalisation ou hospitalisation programmée des patients en hospitalisation libre uniquement présentant :

- des troubles psychiatriques de type : syndromes dépressifs de légers à sévères, troubles anxieux, troubles de l'humeur de type bipolaire ou unipolaire, décompensation psychotique tardive (ex : psychose hallucinatoire chronique), troubles du comportement sévère, au cas par cas, après accord du médecin psychiatre référent
- un Mini Mental Score supérieur à 20/30, en tenant compte des comorbidités pathologiques abaissant le score, des états dépressifs et anxieux sévères.

Il conviendra de veiller à une durée d'hospitalisation inférieure à 3 semaines.

Une contre-indication à l'hospitalisation : les démences moyennes ou sévères, quel que soit l'étiologie, les syndromes confusionnels.

3. Le dispositif



Fiche projet N°5 : L'accueil et la prise en charge en psychogériatrie

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Améliorer le lien entre l'intra hospitalier et l'ambulatoire afin de limiter le recours à l'hospitalisation	Créer une équipe mobile de psychogériatrie adossée aux Centres Médico-Psychologiques de Lannion/ Guingamp/Bégard	2018
	Coordonner avec l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation les orientations des demandes en limitant le recours à l'hospitalisation Faire le lien avec les consultations spécialisées de psychogériatrie	2017
Soutenir les équipes des EHPAD afin d'éviter le recours à l'hospitalisation	Evaluer les conventions existantes en vue de mieux accompagner les équipes des EHPAD Etendre les conventions à l'ensemble des EHPAD de notre territoire	2018
Développer le partenariat avec le Groupement Hospitalier de Territoire en matière de psychogériatrie	Elaborer une politique commune en matière de prise en charge des troubles du grand âge	2017
	Promouvoir un projet de nouvelle unité cognitivo-comportementale capable de prendre en charge les personnes démentes avec troubles du comportement associés	2020
Création d'une équipe mobile de psychogériatrie	Profiter de la diminution de la durée moyenne de séjour pour adapter l'unité de 25 lits à 20 lits L'équipe mobile se met en place dans le cadre d'un redéploiement interne	2018

F - ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

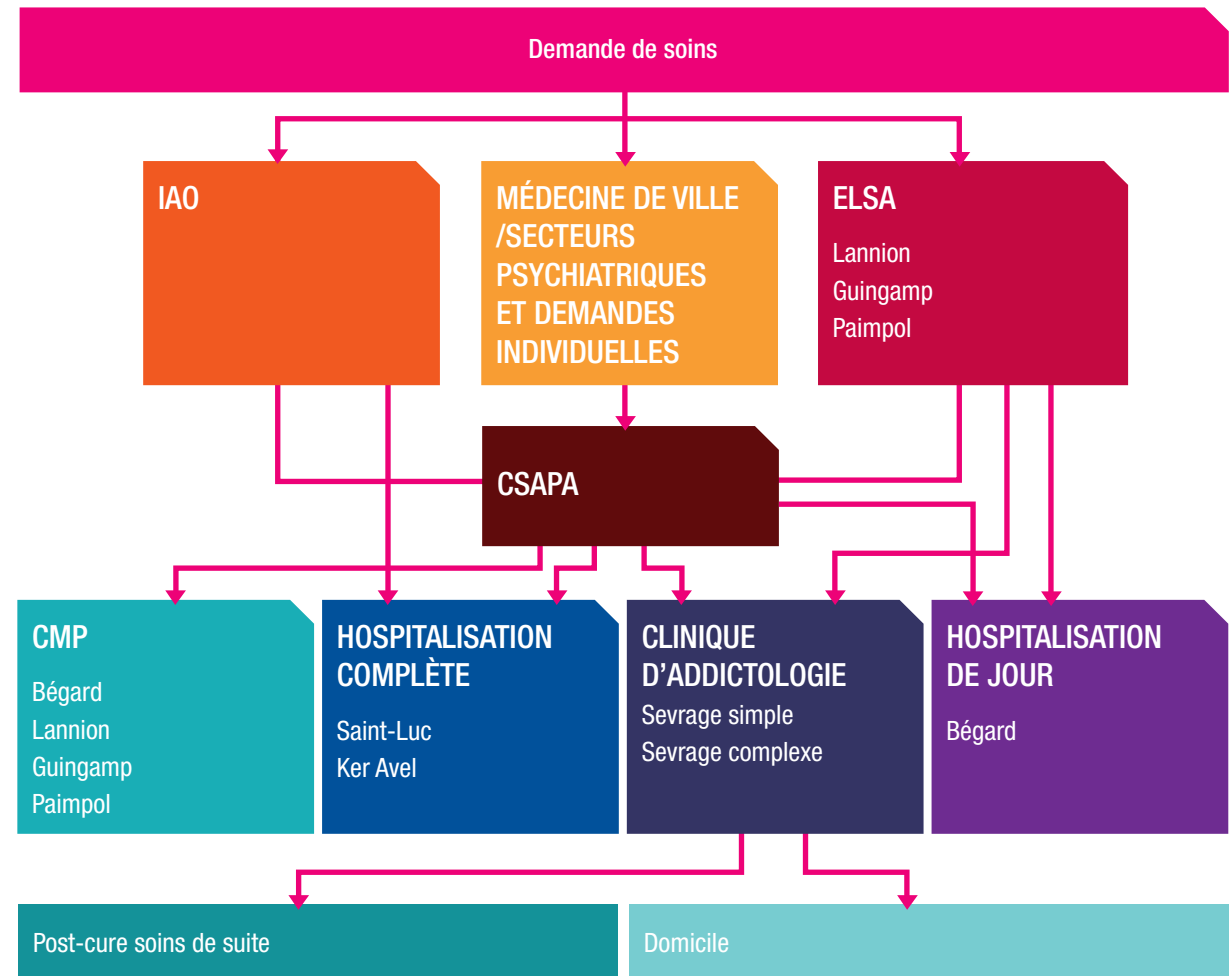
1. Finalité

Développer une politique de prévention avec les partenaires du territoire face aux problèmes d'addictions tant en matière d'alcoolisme, d'usage de substances illicites ou d'addictions autres.

2. Objectif général

Contribuer à la prévention des conduites addictives et proposer un dispositif de prise en charge le plus complet et le plus proche possible des besoins de la population.

3. Le dispositif



IAO Infirmier d'Accueil et d'Orientation
CMP Centre Médico-Psychologique

CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
ELSA Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

Fiche projet N°6 : L'accueil et la prise en charge des conduites addictives

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Consolider l'offre de soins ambulatoire et réduire le recours à l'hospitalisation	Créer une équipe mobile en addictologie sur le site du Centre Hospitalier de Bégard	2017 - 2021
	Développer les activités de consultation avancée dans le cadre des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)	
Renforcer les partenariats avec le Groupement Hospitalier de Territoire	Développer les visites à domicile à partir des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et de l'Hôpital de Jour d'Addictologie en soutien des sevrages ambulatoires et des accompagnements sociaux	2017 - 2021
	Améliorer le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des personnes souffrant de syndrome de Korsakoff.	
	Développer la formation continue des professionnels : <ul style="list-style-type: none"> · Mieux former à l'utilisation des outils d'évaluation (BEC 96 et BEARNI) · Améliorer l'orientation en famille d'accueil, secteur Médico-Social ou Centre Hospitalier Spécialisé pour les personnes non stabilisées · Neuropsychologie pour les psychologues · Traitement de Substitution aux Opiacés et syndrome de Korsakoff pour les infirmiers · Consommation des adolescents 	
	Poursuivre le regroupement des structures Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie / Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sur les sites du Centre Hospitalier Général	2017 - 2021
	Développer les liens avec les unités de pédiatrie afin d'intervenir très en amont des troubles	2017 - 2021

G - PRISE EN CHARGE DU SUICIDE

1. Finalité

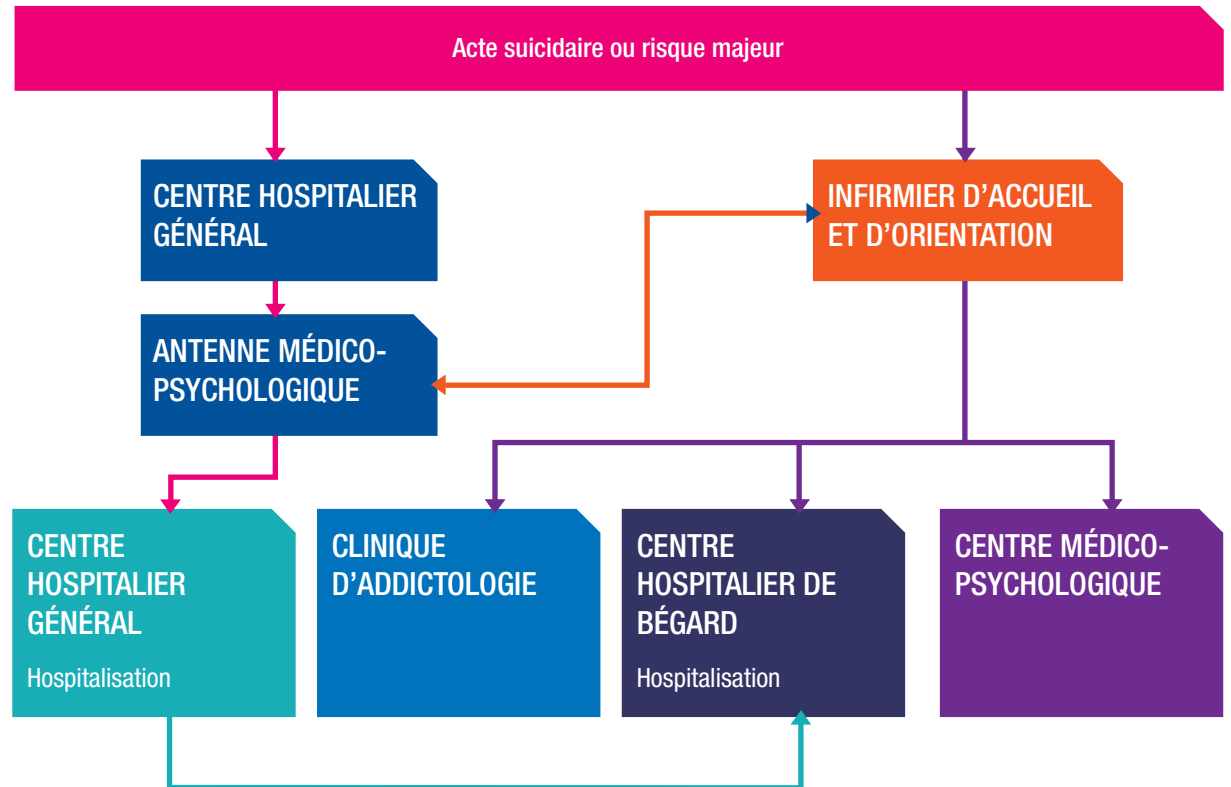
Intervenir le plus en amont de la crise suicidaire, prendre en charge les personnes passant à l'acte ou ayant des velléités et prévenir les récives.

2. Objectif général

Améliorer l'information auprès de la population et des acteurs de première ligne sur le repérage des signes avant-coureurs de la crise suicidaire.

Optimiser les prises en charge à 72 h dans les situations de passage à l'acte.

3. Le dispositif



Fiche projet N°7 : La prise en charge du suicide

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Améliorer les parcours et leur efficience	Uniformiser les pratiques d'accueil de jour comme de nuit entre les Centres Hospitaliers de Bégard, Lannion, Guingamp, Paimpol et optimiser les prises en charge à 72 heures qui sont déterminantes pour l'efficience des soins dans les cas de crise suicidaire	
	Eviter le recours aux hospitalisations en service de psychiatrie pour les tentatives de suicide des moins de 18 ans et les adultes sans antécédent psychiatrique et les prendre en charge au niveau des Centres Hospitaliers Généraux (coordination à définir au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire)	
	Définir un protocole d'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie au niveau de la pédiatrie pour les moins de 16 ans (coordination à définir au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire)	
	Se projeter sur la création d'une unité dédiée à la psychiatrie au niveau des Centres Hospitaliers Généraux de Lannion et/ou Guingamp (cf : axe 9 projet médical)	
	Développer une politique de communication à destination du réseau en vue de réduire le recours aux soins sans consentement dans les cas de crise suicidaire	
	Réorganiser et/ou renforcer les temps d'assistantes sociales pour optimiser le parcours du patient, éviter le recours à l'hospitalisation en lien avec des problématiques sociales (travail préparation à la sortie)	2017 - 2021
	Faciliter l'accès aux activités thérapeutiques pour les patients suicidants	
Améliorer le dispositif de veille et d'information de la population et des professionnels de première ligne et la politique de communication utilisant plusieurs canaux de diffusion	En matière de prévention de la rechute suicidaire le groupe préconise une évolution des pratiques en Centre Médico-Psychologique ou post-hospitalisation avec la mise en place avec le patient d'un appel programmé dans les jours qui suivent la sortie ou le travail de prévention	
	Renforcer le dispositif de veille et d'information constitué de la « cellule suicidants » et des « vigilants veilleurs » qui ont pour fonction de repérer les personnes en difficulté et de faciliter leur accès aux soins	
	Développer l'utilisation des échelles de repérage et des outils d'évaluation du risque suicidaire	
Améliorer le dispositif de veille et d'information de la population et des professionnels de première ligne et la politique de communication utilisant plusieurs canaux de diffusion	Poursuivre la politique de communication concernant le dispositif de prévention et prise en charge à destination du réseau. Plusieurs actions régulières sont engagées chaque année notamment lors de la semaine de la santé mentale	
	Poursuivre les actions de recherche avec l'Observatoire Régional de la Santé en Bretagne	

H - PARCOURS ARTICULÉS ENTRE LE SOIN ET L'ACCUEIL SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

1. Finalité

Les personnes accueillies au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux font l'objet d'un suivi psychique et d'un accès aux soins psychiatriques fluides en vue de limiter la rupture avec le milieu de vie et le recours à l'hospitalisation temps plein.

2. Objectif général

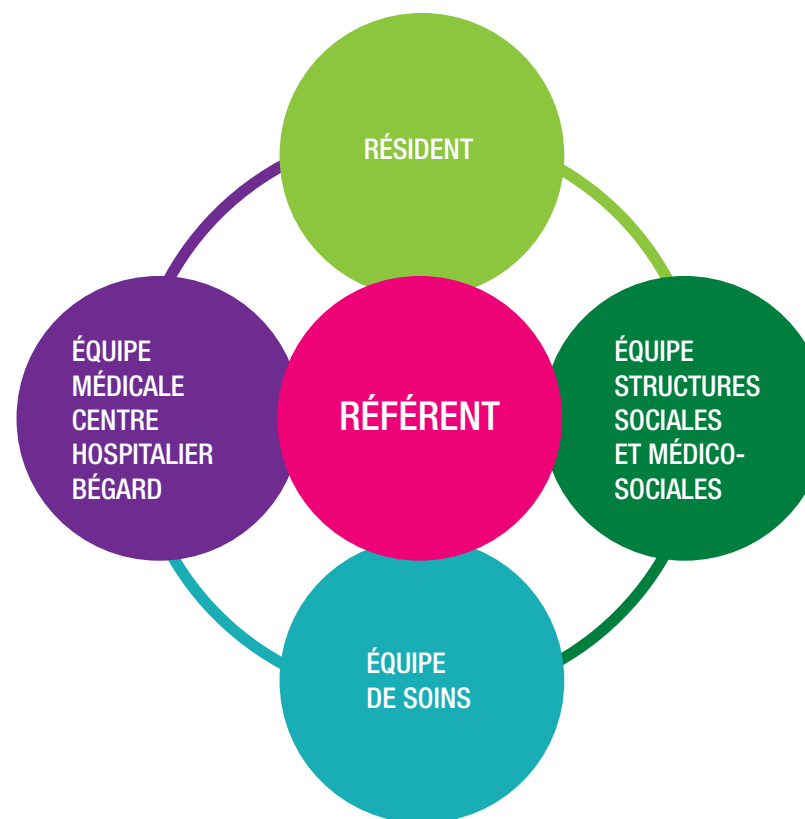
Améliorer la qualité de l'accompagnement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Apporter une réponse inclusive adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne en situation de handicap.

Décloisonner le secteur social et médico-social en créant, par exemple, des équipes mobiles et en développant les formations pluridisciplinaires.

Cette orientation stratégique est développée dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens social et médico-social 2017-2021.

3. Le dispositif



Fiche projet N°8 : Les parcours articulés entre le soin et l'accueil social et médico-social

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Actualiser et généraliser la fonction de référent du patient et de son parcours	<p>Structurer la référence selon deux dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> · l'une habituelle centrée sur la prise en charge, le contact direct au patient et assurée spécifiquement par un soignant · l'autre centrée sur la coordination du parcours, la vigilance, la mise en lien et la bonne circulation des informations concernant une personne soignée. La notion de référent de coordination n'est pas nécessairement du registre du soignant mais peut être assumée par une assistante sociale, une secrétaire ou un tiers extérieur notamment lorsqu'il s'agit d'un patient vivant en établissement médico-social 	2017 - 2021
	<p>Définir un outil partagé de suivi de parcours à partir de ce que chaque intervenant potentiel attend en matière de coordination (le médecin traitant, la structure sociale ou médico-sociale, l'hôpital de jour, l'unité d'hospitalisation complète...). Une attention particulière sera portée aux critères d'alerte concernant les patients non venus à leur rendez-vous en Centre Médico-Psychologique</p>	
	<p>Informatiser l'outil créé dans un support partagé, revoir le paramétrage, les possibilités d'accès, les droits individuels</p>	
Fluidifier les parcours entre le secteur sanitaire, médico-social et social	<p>Trouver une organisation médicale spécialisée et somatique pour l'ensemble de la Fondation qui permette une permanence de réponse « si besoin » à destination des établissements médico-sociaux et sociaux de la Fondation. Cette organisation pourrait s'appuyer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Un psychiatre référent du secteur social et médico-social chargé de faire le lien avec les autres psychiatres et services du centre hospitalier · Un dispositif d'astreinte médicale étendu du centre hospitalier à l'ensemble des établissements de la Fondation par appel - protocole et convention avec les urgences des centres hospitaliers généraux · Un élargissement des critères d'admission à l'unité de psychogériatrie pour les patients de l'EHPAD « résidence de l'Abbaye » · Une mission spécifique de l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation en vue de coordonner la prise en compte rapide des demandes issues des établissements sociaux et médico-sociaux de la Fondation 	2017 - 2021
	<p>Privilégier autant que possible les soins sur place pour les résidents, limiter les séjours hospitaliers ou solliciter les prises en charge alternatives de type hospitalisation de jour</p>	
	<p>Formaliser les modalités d'appel, d'accueil, de prise en charge spécialisée afin d'améliorer la continuité des parcours de vie des résidents tout en respectant leurs droits</p>	
	<p>Développer la notion de référent de parcours du résident et que ce référent soit reconnu comme interlocuteur privilégié en vue de coordonner le parcours de vie avec le parcours de soins</p>	

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Fluidifier les parcours entre le secteur sanitaire, médico-social et social	La coordination des parcours des résidents pris en soins par le centre hospitalier pourrait s'envisager : <ul style="list-style-type: none"> · Par la mise en place de référents de parcours · Par une implication du service socio thérapeutique et socio culturel qui a pour objectif de répondre aux demandes sanitaires, sociales et médico-sociales (fonction transversale) 	2017 - 2021
	Faciliter les prises en charge à l'hôpital général des personnes issues des structures sociales et médico-sociales en y associant les professionnels des Antennes Médico-Psychologiques	
	Développer les stages d'immersion croisés entre professionnels de l'hôpital et du secteur social et médico-social	
Améliorer la qualité de l'accompagnement dans les établissements, services sociaux et médico-sociaux.	Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles <ul style="list-style-type: none"> · Développer les connaissances et l'appropriation par les salariés des établissements sociaux et médico-sociaux des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM, Haute Autorité de Santé et Agence Régionale de Santé) · Développer une politique de la bientraitance par le signalement des événements indésirables et améliorer le suivi de la qualité / gestion des risques par désignation d'un référent qualité au niveau du pôle social et médico-social · Permettre aux professionnels de donner du sens et de la cohérence à leurs interventions par des séances d'analyses des pratiques · Susciter les réflexions éthiques 	2017 - 2021
	Améliorer l'accès à la santé des usagers <ul style="list-style-type: none"> · Mutualiser un temps de médecin généraliste entre les établissements et services · Améliorer le suivi psychiatrique des résidents en développant les coopérations avec le Centre hospitalier Spécialisé de Bégard · Garantir l'autonomie fonctionnelle des usagers accueillis en Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé et EHPAD en améliorant leur accès aux soins de rééducation par la mutualisation d'un temps d'ergothérapeute · Développer les coopérations avec les centres hospitaliers généraux pour l'accès aux soins et actions préventives · Transférer une place du Foyer d'Accueil Médicalisé de Bégard vers le Foyer de Vie de Lanvollon et réciproquement pour améliorer l'accès aux soins des usagers 	
	Améliorer l'accès des personnes accompagnées <ul style="list-style-type: none"> · Améliorer le suivi administratif des usagers, les conseiller, les aider ainsi que leurs proches dans l'accès à leurs droits par l'embauche d'un(e) assistant(e) des services sociaux · Garantir le droit à participation des usagers 	

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Améliorer la qualité de l'accompagnement dans les établissements, services sociaux et médico-sociaux.	Optimiser l'accompagnement des personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement avec troubles sévères du comportement <ul style="list-style-type: none"> · Participer à l'équipe mobile départementale d'intervention médico-sociale pour les personnes avec des Troubles Envahissants du Développement (TED) manifestant des « comportements-problèmes » ou des troubles du comportement sévères. 	2017 - 2021
	Adapter l'offre aux attentes et à l'évolution des besoins des usagers : <ul style="list-style-type: none"> · Redéfinir les missions des établissements et réévaluer les effectifs en personnel par rapport aux personnes accueillies · Adapter l'offre architecturale aux attentes des usagers et aux besoins du fonctionnement 	
Apporter une réponse adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne en situation de handicap.	Fluidifier le parcours des personnes accompagnées : <ul style="list-style-type: none"> · Optimiser l'admission de patients actuellement en attente dans les unités de soins prolongés du centre hospitalier de Bégard · Solliciter des orientations temporaires avec orientations cibles (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale / Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) · Faciliter la procédure d'admission en (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale / Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) 	2017 - 2021
	Mettre en place les objectifs négociés au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens social et médico-social 2017-2021 : <ul style="list-style-type: none"> · Fluidifier le parcours des résidents · Optimiser l'accueil des futurs résidents dans les différents établissements sociaux et médico-sociaux, proposer des périodes d'observation en accueil temporaire · Mettre à jour les agréments de la Maison d'Accueil Spécialisée et du Foyer d'Accueil Médicalisé · Adapter les dispositifs existants en intégrant les nouveaux dispositifs mis en place (plateforme d'appui) 	
	Participer à la structuration des parcours : <ul style="list-style-type: none"> · Collaborer avec les différents partenaires (Maison Départementale des Personnes Handicapées, associations du département, bailleurs sociaux...) afin de pouvoir apporter des réponses, proposer des solutions aux personnes le sollicitant 	

LES 9 DISPOSITIFS TRANSVERSAUX

A - LE COMITÉ ÉTHIQUE



« L'éthique est le travail que je consens à faire sur le terrain, par le dialogue avec les autres pour réduire, autant que faire se peut, l'inévitable écart entre nos pratiques effectives et nos valeurs affichées ainsi que pour cultiver ensemble la convivialité de tous » - Malherbe

Le Comité Ethique de la Fondation se propose d'être un espace de réflexion et d'élaboration collectives, ayant pour adversaire l'arbitraire, un espace où les subjectivités peuvent se conjuguer pour ne pas qu'une subjectivité individuelle ne s'impose comme règle universelle.

Il s'agit d'un groupe ouvert, dont les membres sont recrutés suite à un appel à candidature ou sur simple demande, avec une attention particulière au fait que l'ensemble des catégories professionnelles travaillant au sein de la Fondation, ainsi que l'ensemble des services, y soit représentés. Un juriste et un philosophe en font également partie. Il se réunit en assemblée plénière tous les 2 mois.

Le bureau du Comité Ethique, constitué d'un coordinateur, de deux secrétaires et d'autres membres se réunit entre chaque assemblée plénière afin de préparer les ordres du jour, le rapport annuel et gérer les autres aspects organisationnels entourant la vie du Comité.

La Fondation Bon Sauveur met un budget à disposition des membres du Comité Ethique pour se rendre à des formations ou à des colloques, parfois organisés par l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne dont l'établissement est adhérent.

Deux des membres du Comité Ethique possèdent actuellement un Diplôme Universitaire éthique, et il serait souhaitable que d'autres professionnels puissent être formés durant les années à venir.

Le Comité Ethique peut être saisi de manière individuelle ou collective par les usagers et leurs représentants, par les professionnels de l'établissement et les libéraux. Une adresse électronique et postale a été créée à cet égard : « comite.ethique@fondationbonsauveur.fr ».

Exemples de saisies :

- Ethique, intentionnalité et conduite suicidaire (service d'admissions de Saint-Luc)
- La consommation d'alcool par des bénéficiaires lors des sorties extérieures au Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- Vie affective et sexualité à la Maison d'Accueil Spécialisée

Le Comité Ethique peut également se saisir d'un questionnement qu'il souhaite approfondir par la création de sous-groupes de travail.

Exemples d'autosaisies :

- Refus de soin d'hygiène chez une personne hospitalisée en psychiatrie
- Réflexion éthique autour de l'usage de la contention chez les personnes âgées
- Tutoiement et vouvoiement dans la relation de soin

Le comité Ethique s'engage à travailler sur 2 ou 3 thématiques majeures par an à partir de situations vécues. Le fruit de ce travail donne et donnera lieu à la parution de livrets spécifiques. Ces documents pourront être partagés avec d'autres comités éthiques, seront accessibles sur le site web de la Fondation Bon Sauveur qui valorisera ainsi l'engagement du comité éthique.

En termes de perspectives, il est convenu que les membres du bureau puissent faire remonter à tous les membres les informations relatives aux différents colloques éthiques développés sur notre territoire en facilitant leur participation.

B - LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

L'article L6143-2 du Code de la Santé Publique stipule que le projet de psychologie est une part entière du Projet d'Établissement. La Fondation Bon Sauveur compte 38 postes de psychologues (qui correspondent à 21,84 Equivalents Temps Pleins) couvrant l'ensemble du champ sanitaire et médico-social. Le psychologue travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires et avec elles, en lien avec les psychiatres et en complémentarité avec les différents professionnels.

a. Missions et domaines d'intervention

Les psychologues au sein de la Fondation s'adaptent à la diversité des pratiques cliniques qui s'offrent à eux depuis tout temps, en tenant compte également des nouveaux besoins, des stratégies actuelles, des nouvelles contraintes qui s'imposent à la politique de l'établissement.

Le travail de psychothérapie et certains dispositifs de soins en psychiatrie et pédopsychiatrie ne peuvent être assurés que par des professionnels psychologues, spécialisés en sciences humaines, experts dans le domaine du comportement et du psychisme humain.

Les psychologues peuvent apporter leur expertise de manière transversale pour l'Institution. Les psychologues cliniciens apportent leur expertise en psychopathologie ou en psychologie développementale et les psychologues spécialisés en neuropsychologie apportent leur expertise cognitivo-comportementale. Ils souhaitent être associés, co-construire, pour s'engager dans

la stratégie institutionnelle, et ceci en apportant leur regard et leur positionnement centré autour du sujet et de sa souffrance psychique afin d'optimiser le soin vers un mieux-être.

Les psychologues sont un appui pour l'Institution :

- La volonté des psychologues est d'introduire une dynamique d'intégration des psychologues confirmée par les professionnels de santé et portée par la Direction. Ce qui est en jeu, c'est la construction de réseaux d'alliance entre professionnels, l'émergence d'une créativité groupale dans le respect des spécialités de chacun, la confiance, la communication et la bienveillance pour offrir aux patients une coordination, un parcours de soins le plus cohérent possible.
- Une institution de soin dans son fonctionnement possède une fonction psychique. Une pluralité de regards est essentielle.
- « *Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable, sa reconnaissance fonde l'action des psychologues¹* »
- Le psychologue fait partie de l'équipe pluri-professionnelle et participe avec elle à l'élaboration du projet thérapeutique du patient en apportant un éclairage sur le fonctionnement psychique du sujet.
- « *Dans le cadre de sa compétence professionnelle, le psychologue décide et répond personnellement du choix et de l'application des méthodes et techniques qu'il conçoit et met en œuvre et des avis qu'il formule²* ».

Les missions du psychologue se déclinent en trois fonctions :

a.1. Une fonction clinique

La fonction clinique auprès des patients peut ainsi prendre plusieurs formes :

- entretiens psychologiques à visée thérapeutique (d'inspiration analytique, systémique, neuropsychologique, cognitivo-comportementale...)
- entretiens d'aide au diagnostic clinique
- passation de tests projectifs et /ou évaluation des fonctions supérieures
- co-thérapies
- psychothérapie individuelle (titre de psychothérapeute protégé par la loi)
- psychothérapie de groupe : animation de groupe avec les patients ou les familles : groupe de parole, groupe avec différentes médiations et en collaboration avec différents professionnels de l'équipe (infirmiers, psychomotricien...)
- thérapie de couple, thérapies familiales (d'inspiration analytique, systémique...)

La fonction clinique s'étend également :

- au travail de soutien et d'accompagnement des familles
- au suivi psychologique des patients et collaboration avec l'équipe médicale pour le diagnostic de structure psychique
- à l'élaboration des projets de soins avec les équipes dans le respect du désir du patient et de ses capacités

¹ Code de Déontologie version actualisée février 2012

² Id

- au travail de coordination avec les différents partenaires (élaboration dans le respect du secret professionnel)
- à la collaboration avec les membres de l'équipe soignante et/ou éducative autour de l'analyse des situations rencontrées et leur élaboration (participation aux synthèses, animation de groupe clinique)

a.2. Une fonction institutionnelle

La fonction institutionnelle recouvre :

- la participation aux réunions de pôle (projet de pôle, conseil de pôle, groupes de travail...)
- la participation aux réunions, aux instances institutionnelles
- la participation à des actions de formation et d'élaboration vers des partenaires et dans l'Institution : cours dispensés ou participation à la Semaine d'Information de la Santé Mentale par exemple

a.3. Une fonction complémentaire (formation, information, recherche)

Le temps complémentaire comprend notamment :

- La tenue du dossier patient,
- « le psychologue tient sa compétence de la réactualisation régulière de ses connaissances¹ », ainsi les psychologues réactualisent leurs connaissances dans les domaines liés à leurs diplômes initiaux, ceci en lien avec les problématiques psychiques des patients qu'ils reçoivent,

- La participation au collège des psychologues (information, coordination institutionnelle des psychologues, actualité de la profession),
- L'encadrement des stagiaires,
- Les travaux de recherche, publications, participation à des conférences...
- Création de journées d'étude à thème et de colloque dans l'Institution.

Pour optimiser le temps complémentaire et gagner en efficacité dans les missions cliniques et institutionnelles, le psychologue pourra effectuer son travail de documentation ou de recherche en dehors de l'établissement.

L'inscription d'un projet psychologique dans le projet d'établissement permet de penser le travail dans une perspective d'avenir et de développer les engagements des psychologues pour la Fondation Bon Sauveur.

Le collège des psychologues a pour volonté de :

- soutenir le travail clinique,
- tendre vers des approches intégratives en ayant la possibilité d'accès à des formations pouvant compléter les outils de travail en psychothérapie : Thérapie Cognitivo-Comportementale, hypnose, thérapie brève, systémie, psychodynamique... pour offrir aux usagers des soins variés et optimums adaptés à leur souffrance psychique, à leur malaise dans la civilisation,
- promouvoir la coopération entre les psychologues et les médecins et entre les psychologues et les équipes pluri-professionnelles,
- permettre un accès direct aux psychologues sans passer par la liste d'attente pour des

problématiques telles que les traumatismes, pour les adolescents...

- favoriser l'animation de réunions cliniques en tant que coordinateur clinique : synthèse clinique, échange clinique autour des problématiques des patients avec l'équipe pluridisciplinaire,
- développer le travail institutionnel,
- accroître les liens entre les différents partenaires dans l'intérêt des patients.

b. Objectifs

b.1. Une fonction clinique

- Développer différents types de psychothérapies
- Formaliser les écrits du psychologue dans l'Institution :
Les psychologues sont de plus en plus confrontés à des demandes d'écrits dans le cadre de l'Institution mais également par les partenaires, les patients eux-mêmes et leurs parents. Les psychologues se doivent de respecter différentes obligations (juridiques, éthiques...) dans la rédaction de leur compte-rendu, transmissions, signalements. Ces écrits peuvent être constructifs dans le parcours de soin du patient en permettant une transmission de certaines informations.
- Proposer des mesures pour réduire les listes d'attentes :
Les usagers dans le domaine de la santé mentale et du handicap se tournent de plus en plus facilement vers les professionnels qualifiés et spécialisés. Les listes d'attentes sont parfois conséquentes, ce qui génère l'insatisfaction des professionnels.

¹ Le principe 2 du Code de Déontologie des psychologues

b.2. Une fonction institutionnelle

- Valoriser la psychiatrie de liaison, les liens avec les partenaires (Antennes Médico-Psychologiques, pédiatrie...), pour optimiser une cohérence dans le parcours de soin des usagers.
- Participer aux processus de recrutement, participation à l'élaboration de la fiche métier psychologue en lien avec la Direction et le Chef de pôle.
- Participer aux actions de coopération et de tutorat dans le cadre des relations universitaires pour la recherche (convention avec l'Université Catholique de l'Ouest de Guingamp, autres Universités) avec désignation d'un binôme (titulaire, suppléant).

c. Moyens mis en œuvre

Besoin de formations :

- Budget colloque spécifique aux psychologues pour des actions de formation
- Accès à des formations collectives correspondant à la qualification et aux besoins des psychologues
 - Formation collective sur les prises en charges du psychotraumatisme (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, situations d'urgence, maltraitance, deuil aigu, violence conjugale...)
 - Formations pour développer différents outils dans l'objectif d'exercer des psychothérapies dans une approche intégrative : Thérapie Cognitivo-Comportementale, hypnose, thérapies brèves, systémie, art-thérapie, psycho-corporelle...

- Le psychologue et le travail institutionnel, analyse de pratiques
- Accès à des formations continues individuelles en fonction des lieux d'exercices de chacun
- Accès direct et immédiat à l'information professionnelle en Sciences Humaines et Sociales par le biais de CAIRN-INFO, site d'articles scientifiques, ouvrages en ligne
- Engagement d'une réflexion sur l'utilisation du temps Formation – Information – Recherche.



Sylviane Auffret
Cadre Supérieure de Santé

**Il y a ce que l'on apprend,
ce que l'on intègre, ce que l'on
développe, ce que l'on pratique
... ce projet a pour ambition
d'aller plus loin et de donner
de l'âme et du sens, et donc
de l'assise, aux formations.**



C - LE SERVICE SOCIAL EN PSYCHIATRIE

L'article 3 du décret du 4 février 2014 définit les missions des assistants de services sociaux hospitaliers :

« Les assistants socio-éducatifs ont pour mission d'aider les personnes accueillies et les familles, qui connaissent des difficultés sociales, à prévenir ou surmonter ces difficultés, à maintenir ou retrouver leur autonomie. Dans le respect des personnes, ils recherchent les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social.

Ils conseillent et accompagnent ces personnes dans l'objectif d'améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel.

Ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets sociaux et éducatifs. Ils participent à l'élaboration du rapport d'activité du service socio-éducatif.

Ils apportent leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population ou d'y remédier. Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux. »

a. Missions du service social

Aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales

ou socio-médicales à retrouver leur autonomie et faciliter leur insertion.

a.1. Évaluation des situations

- Recueil d'informations auprès des familles, des usagers, du réseau
- Bilan social et administratif

Modalités : entretiens individuels ou familiaux, contacts avec les partenaires du réseau, visites à domicile

a.2. Information

- Information et conseils aux usagers et à leur famille sur les institutions, les dispositifs en lien avec la maladie et le handicap

a.3. Orientation- élaboration

- Orientation et élaboration des projets en lien avec les usagers, leurs familles et l'équipe

a.4. Accompagnement

- Accompagnement des usagers dans leurs démarches administratives
- Accompagnement et suivi des usagers dans leurs projets d'insertion ou de réinsertion sociale ou professionnelle
- Lien entre intra et extra hospitalier
- Négociation, suivi et bilan des stages thérapeutiques
- Accompagnement des usagers et de leur famille dans les démarches concernant la mise place des mesures de protection

a.5. Faciliter l'accès aux droits

- Faciliter l'accès aux droits et aux soins des usagers et des familles
- Suivi administratif des dossiers
- Liens avec les différentes instances administratives
- Suivi des dossiers (Maison Départementale des Personnes Handicapées, Caisse Primaire d'Assurance Maladie...)

a.6. Participation aux réunions pluridisciplinaires

- Réunions institutionnelles des différents services
- Réunions de synthèses

a.7. Travail en réseau et partenariat

Avec les différentes instances administratives ou sociales :

- Liens avec les travailleurs sociaux des autres institutions (Centres Hospitaliers, entreprises, Maison Du Département...)
- Liens avec les services de protection des majeurs
- Liens avec les tribunaux
- Liens avec les instances administratives (Conseil Départemental, Caisse d'Allocations Familiales, Maison Départementale des Personnes Handicapées, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Mutualité Sociale Agricole, Mission locale, municipalités...)
- Liens avec les structures d'accueil (Foyer de Vie, Foyer d'Accueil Médicalisé, structures personnes âgées, centre de réinsertion, post-cure, Etablissement et Service d'Aide par le Travail...)

b. Missions et compétences spécifiques du service social en psychiatrie

Le service social en psychiatrie correspond à un certain degré de spécialisation qui nécessite des compétences et des connaissances complémentaires à acquérir au titre de la formation continue.

Les assistants sociaux en psychiatrie sont spécialisés, ils évaluent l'incidence de la maladie mentale et ont un rôle de médiation entre le Centre Hospitalier Spécialisé et les intervenants de la communauté. L'assistante sociale en psychiatrie participe aussi à l'élaboration des projets collectifs de service (projet de pôle et inter-pôle) et à leur mise en place. Elle a également un rôle d'accueil, d'information et de soutien aux familles. Une autre des particularités du service social en psychiatrie est la diversité des lieux d'intervention avec à la fois le travail au sein de l'établissement hospitalier, mais également à l'extérieur dans les structures extra hospitalières et médico- sociales.

b.1. Travail intra hospitalier

- Psychiatrie polyvalente et soins sans consentements
- Addictologie
- Gérontopsychiatrie

L'assistante sociale reçoit les patients à leur demande, à celles des services et des médecins psychiatres. Sa mission première est de permettre au patient de sortir de l'hôpital dans de bonnes conditions. Les problèmes rencontrés par les usagers sont multiples (problèmes liés au logement, au travail, au chômage, problèmes

administratifs, financiers, familiaux). Après évaluation, l'assistant social propose aux usagers, à leurs familles et à l'équipe pluridisciplinaire les pistes permettant l'élaboration du projet de sortie. Grâce à sa connaissance du réseau, de ses possibilités et de ses limites elle apporte un éclairage spécifique et participe également à la mise en place du projet en accompagnant l'utilisateur dans ses démarches.

b.2. Travail extra hospitalier

- Permanences dans les Centres Médico-Psychologiques, Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et interventions ponctuelles à domicile
- Interventions régulières dans les hôpitaux de jour et Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (participation aux réunions de service, synthèses, suivis individuels, animation de groupe)
- Suivi de stages thérapeutiques, de stages de réinsertion professionnelle
- Intervention dans les lieux de vie et appartements protégés
- Coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux dans le cadre du réseau
- Accueil Familial Thérapeutique : enquêtes sociales dans le cadre de l'agrément des familles d'accueil thérapeutique
- Equipe Mobile Précarité en Psychiatrie : intervention à la demande des infirmiers qui vont à la rencontre des personnes en situation de précarité et d'exclusion, afin de faire valoir leurs droits.



En raison de ces spécificités et des particularités du public accueilli, il est parfois difficile d'orienter certains usagers vers les services sociaux partenaires. Ces mêmes services sociaux font parfois appel au service social de la Fondation dans le cadre de situations complexes en lien avec la pathologie mentale.

b.3. Services médico-sociaux

- Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
- Maison d'Accueil Spécialisée

c. Problématiques récurrentes

Les objectifs, pour le service social, consisteront à étudier les conditions nécessaires à la réduction des problématiques grâce à une approche partenariale renforcée dans le cadre du Projet Départemental de Santé Mentale :

- Problématiques liées à la prise en charge des soins, en particulier, l'absence de complémentaire santé.
- Problématique du logement autonome qui entraîne des sorties difficiles avec un risque élevé de rechutes et de ré-hospitalisations.
- Problématiques des délais d'attente dans les structures d'hébergement : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, pensions de familles, résidence accueil...
- Problématiques des délais d'attente dans les structures médico-sociales

Les délais d'instruction des dossiers, de mise en place des dispositifs et d'accès dans les structures peuvent demander des semaines voire des mois ou même des années. C'est une contrainte importante pour le service social et un obstacle à la réalisation des projets des usagers. C'est souvent un facteur de ré-hospitalisations multiples tant les solutions d'attente restent précaires ou peu nombreuses.

D - LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE : ALIMENTATION ET ACTIVITÉS PHYSIQUES

1. Les enjeux

La nutrition est un enjeu de santé publique, elle est au cœur de l'actualité nationale PNNS (Programme National Nutrition Santé), recommandations de la Haute Autorité de Santé.

La nutrition fait partie du soin, elle est au cœur des réflexions de l'Établissement :

- Poste de diététicienne, d'éducateur sportif adapté,
- Évaluation des Pratiques Professionnelles sur le transit,
- Certification (dépistage des troubles nutritionnels),
- Éducation Thérapeutique du Patient,
- Évaluation des Pratiques Professionnelles sur la pertinence de la prise en charge des troubles nutritionnels (2010).

L'état nutritionnel est souvent un motif de ré-hospitalisation au sein de notre établissement :

- Prise de poids : mauvaise image de soi, arrêt du traitement, perturbations métaboliques, sédentarité, risque cardiovasculaire
- Dénutrition : altération de l'état général et risque vital
- Troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie, compulsions, hyperphagie
- Handicaps, dépendance, démence : troubles de la déglutition, troubles du transit, modification des textures, aide au repas, ergonomie et adaptation du matériel

- Troubles psychiatriques : dysmorphisme, perte d'appétit, poly-médication, dépression, état maniaque
- Précarité

2. L'organisation

Les professionnels :

- Diététicienne
- Educateur sportif adapté
- Educateur technique spécialisé
- Cuisinier
- Kinésithérapeute
- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Moniteur éducateur, Moniteur d'atelier
- Art-thérapeute, Musicothérapeute

Les référents :

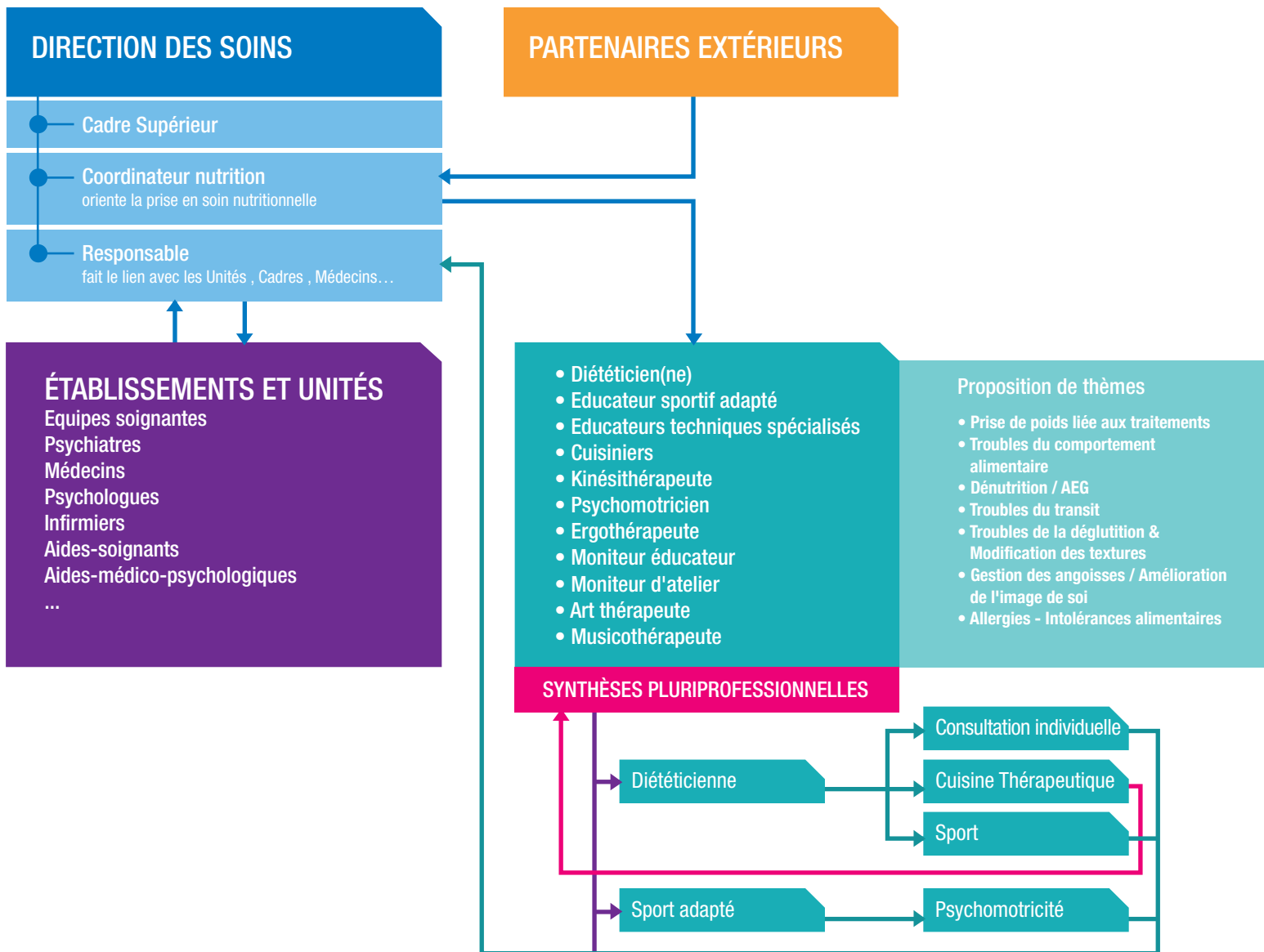
- Psychiatres et Psychologues
- Médecins généralistes
- Assistantes sociales, Auxiliaires de Vie Scolaire, Infirmiers, Aide Médico-Psychologique, Aide-Soignant
- Associations locales

Les thématiques :

Thèmes ouverts aux usagers, adaptables aux soignants et aux extérieurs pour formations :

- Prévention
- Prise de poids liée aux traitements en psychiatrie
- Troubles du transit

- Troubles de la déglutition
- Dénutrition
- Troubles des Comportements Alimentaires (anorexie, boulimie, hyperphagie, compulsions)
- Risques cardiovasculaires (cholestérol, diabète, syndrome métabolique, Hypertension Artérielle...)
- Modification des textures et présentation
- Précarité
- Information et éducation nutritionnelles
- Santé buccodentaire / Hygiène
- Plan de maîtrise sanitaire
- Techniques culinaires (bases ou particularités)
- Allergies et intolérances alimentaires
- Gestion des compulsions, des angoisses (besoin de se remplir)
- Image de soi (dysmorphisme, confiance, image de soi)
- Ergonomie du repas (autonomie de l'utilisateur)



3. Le diagnostic

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
L'établissement dispose de professionnels formés et motivés	Echanges insuffisants Manque de visibilité des observations croisées entre professionnels
Les équipes des unités et les médecins adressent des demandes de prise en charge	Pas de référent médical nutrition. Pas de prescription nutrition officielle
La nutrition est un thème d'actualité : <ul style="list-style-type: none"> · Programme National Nutrition Santé, plan obésité... · sur l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - Consultations diététiques - Activités sportives / marche - Prescription de régimes alimentaires adaptés aux différentes pathologies - Déclinaison des textures alimentaires (repas et boissons) - Séances de kinésithérapie - Psychomotricité - Vaisselle adaptée - Suivi du poids - Bilans biologiques 	L'offre nutritionnelle reste ponctuelle et perfectible
Locaux déjà existants (service socio-thérapeutique et socio-culturel)	Locaux pas toujours adaptés ; pas toujours identifiés Pas de cuisine thérapeutique centralisée
Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) déjà existant au sein de l'établissement	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition à redynamiser
Projet qui interpelle et qui est novateur dans sa globalité de prise en soin	Pas de recul sur un tel fonctionnement Pas de budgétisation précise (moyens humains constants, possibilité d'achat de matériel) Pas de vision à long terme du projet, puisque unique et innovant
	Variation importante de poids chez les usagers
	Ré hospitalisations provoqués par l'arrêt du traitement, arrêt motivé par une prise de poids excessive
Pleine conscience : nous formons des professionnels extérieurs	Non mis en place au sein de l'établissement

4. Le plan d'action

- Prévoir une équipe transversale pluri professionnelle et un coordinateur en nutrition
- Définir un document de prise en charge globale
- Prévoir des outils pour lutter contre la sédentarité, la « malbouffe » et les troubles alimentaires
- Réinvestir les acquis durant l'hospitalisation sur l'extérieur
- Mettre en place un parcours sportif santé adapté et une cuisine thérapeutique (subventions en 2017 de l'Agence Régionale de Santé et de la Fondation des Hôpitaux de Paris à hauteur de 17 000 €)
- Identifier un lieu, visible, accessible, et en capacité d'accueillir des groupes (mutualisation)
- Redynamiser le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition ou son équivalent
- Stimuler la sortie de chambre et les activités occupationnelles
- Utiliser la méthode de la « pleine conscience »

E - LA PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR (PUI)



1. Finalité

Efficienc e de la dispensation médicamenteuse.

2. Objectif général

Améliorer le niveau d'implication de la PUI en pharmacie clinique, participer à la sécurisation du circuit du médicament et développer l'analyse pharmaco économique.

3. Le dispositif

La Pharmacie à Usage Intérieur assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Elle mène des actions de pharmacie clinique (analyse des prescriptions, comités de consensus, avis pharmaceutiques, COMEDIMS...). Elle concourt ainsi à la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. Elle informe les patients et les professionnels de santé sur les produits de santé. Elle est impliquée dans le développement et la promotion de l'Education Thérapeutique du Patient.

L'équipe pharmaceutique est composée de :

- 1 pharmacien chef de service,
- 2 pharmaciens,
- 4 préparateurs,
- 1 secrétaire.

Le projet de la Pharmacie à Usage Intérieur se décline sur trois axes :

a. Pharmacie clinique

a.1. Constat

La « pharmacie clinique », telle que définie par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), a pour fondement l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision dans l'utilisation des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) pour le traitement des patients.

Elle se concrétise par les actions suivantes :

- Analyse pharmaceutique des prescriptions
- Education Thérapeutique du Patient
- Conseils pharmaceutiques aux soignants et aux patients
- Conciliation médicamenteuse
- Evaluation des Pratiques Professionnelles

Ces activités concourent à la maîtrise de l'iatrogénie médicamenteuse, au bon usage des produits de santé dans l'esprit de l'arrêté du 6 avril 2011, à l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des traitements ainsi qu'à la sécurisation du parcours du patient aux différents points de transition. Il s'agit d'une démarche d'ensemble visant à sécuriser la prise en charge thérapeutique et impliquant l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux ainsi que la Direction de l'établissement.

Depuis 2000, la pharmacie de la Fondation Bon Sauveur s'inscrit dans le domaine de la pharmacie clinique par la validation des prescriptions et la mise en place de l'Education Thérapeutique. Le lien ville-hôpital avec la problématique des médicaments personnels est plus fragile.

a.2. Objectifs

- Maintenir le niveau d'implication de la PUI dans l'exercice de la pharmacie clinique avec une attention particulière à la relation pharmacien-patient.
- Assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

a.3. Projet

Poursuivre les actions mises en place :

- L'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions
- Le conseil pharmaceutique auprès des soignants qui se matérialise par :
 - La participation aux synthèses du service de psychogériatrie
 - Les avis et opinions pharmaceutiques
 - Les présentations des nouveaux médicaments dans le cadre du COMEDIMS
 - Les comités de consensus
 - Les formations à destination des infirmiers
 - La mise à disposition de fiches « bon usage »
- L'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec le service qualité

Renforcer la relation pharmacien-patient

Un conseil pharmaceutique est possible dans le cadre de l'entretien pharmaceutique de sortie. Peu de patients en ont fait la demande en 2011/2016, alors que de nombreux patients se sentent peu informés sur leur traitement. Nous allons redéfinir avec les services de soins cette offre afin que davantage de patients puissent en bénéficier. Il est peut-être nécessaire de la proposer aussi au cours de l'hospitalisation.

L'Education Thérapeutique du Patient se déroule dans le cadre de l'atelier du médicament. Ces séances de groupes concernent essentiellement les patients hospitalisés dans les hôpitaux de jours. Il semble pertinent de développer cette thématique en ambulatoire.

Il est nécessaire de proposer une consultation pharmaceutique dans les Centres Médico-Psychologiques pour les patients ayant peu d'autonomie dans la gestion de leur traitement.

Assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est un moyen de sécuriser les interfaces ville-hôpital. Le service pharmacie, en lien avec le service qualité, va réfléchir aux moyens de la mettre en place au sein de notre établissement.

b. Sécurisation du circuit du médicament

b.1. Constat

Le circuit du médicament est un processus impliquant plusieurs professionnels de santé. La PUI est responsable de la dispensation. Dans

la mesure de ses compétences et de ses moyens, la PUI participe à toutes les actions visant à l'application de l'arrêté du 6 avril 2011.





Gilbert Le Blévennec
Directeur des Soins et du Pôle Social
et Médico-Social

**Dire, partager, faire :
la Fondation n'est pas un système
bloquant, elle construit avec ses
valeurs.**

**Les règles qu'elle propose et qui
fédèrent posent notre liberté.**

Le circuit du médicament est organisé et informatisé. Une collaboration avec le service qualité permet de mettre en évidence les dysfonctionnements (cartographie, Comités de Retour d'EXpérience). Il existe un lien réel avec la Direction des Soins matérialisé par le groupe « Administration du médicament ».

Des actions de sécurisation de la dispensation ont été mises en place. Une attention particulière est portée aux médicaments à risque.

b.2. Objectifs

Prévenir la iatrogénie évitable.

Etre en conformité avec l'arrêté du 6 avril 2011 au niveau de la dispensation.

b.3. Projet

Suite au constat de l'existant :

- Changer le logiciel de prescription
- Poursuivre les actions de sécurisation : double contrôle, identification et circuit particulier pour les médicaments à risque, présentation en dose unitaire, formation, Comités de Retour d'EXpérience
- Poursuivre et développer la dispensation nominative hebdomadaire

Prévenir le risque d'erreur :

- Par la mise à disposition d'outils d'aide à la prescription : livret thérapeutique interactif, guide de prescription
- Par la participation aux actions visant à sécuriser le circuit du médicament en lien avec le service qualité et la Direction des Soins

- Par l'évaluation des organisations ou dispositifs mis en place (contrôle des armoires de services...)
- Par la prise en compte de l'évolution de notre environnement : réflexion et participation à la recherche de solution institutionnelle à la problématique du suivi du traitement dans Centres Médico-Psychologiques et de la gestion des médicaments personnels
- Par une réflexion pluri professionnelle sur la pertinence de l'automatisation de la dispensation dans les services sociaux et médico-sociaux

c. Analyse pharmaco-économique

c.1. Constat

Le contexte économique actuel a contribué à l'émergence de la pharmaco économie. Celle-ci contribue à l'arbitrage et aux choix des priorités entre les différentes stratégies thérapeutiques disponibles.

c.2. Objectif

Poursuivre et améliorer les actions d'optimisation des coûts de médicaments.

c.3. Projet

- Comparer et hiérarchiser les différentes stratégies thérapeutiques, en fonction de leur coût
- Réévaluer en continu les rapports bénéfice/coût des spécialités référencées à la PUI
- Chiffrer les bénéfices économiques potentiels de la pharmacie clinique : analyse pharmaceutique des prescriptions, conciliation médicamenteuse...

F - L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT



Depuis janvier 2012, un travail a été engagé sur la thématique administration du médicament pour les services de soins du centre hospitalier.

Dès 2015, la Direction des Soins, en concertation avec la pharmacienne, chef de service, a souhaité déployer une démarche de concertation sur les pratiques en hôpital de jour.

L'ensemble des unités et services est représenté au cours de ces réunions par un référent pharmacie, les cadres d'unités et cadres supérieurs de santé.

L'objet de ces rencontres consiste à :

- parler des pratiques concernant le circuit du médicament (retour sur expérience par rapport aux pratiques actuelles)
- faire remonter les problématiques rencontrées sur l'administration du médicament
- évaluer le circuit du médicament
- échanger sur les pratiques jour/nuit

Le projet de la Fondation 2017-2021 intègre la continuité de ce travail avec la mise en place d'un calendrier de réunions avec une fréquence de rencontres à 2 mois pour les unités d'hospitalisation et une fréquence trimestrielle pour les hôpitaux de jour.

Cette dynamique engagée s'intègre sur le plan qualité dans une démarche d'amélioration et de sécurisation du circuit du médicament.

Les infirmiers assurent la distribution des médicaments en s'appuyant sur la procédure en vigueur sur

l'établissement. Un travail devra être mené, de manière concertée, avec l'Ingénieur Qualité responsable du management, de la qualité, de la prise en charge médicamenteuse. Ce travail consistera à réévaluer les procédures en cours et à mettre en place une évaluation de l'administration du médicament par l'intermédiaire d'audits spécifiques.

G - LE SERVICE SOCIO-THÉRAPEUTIQUE ET SOCIO-CULTUREL



1. Finalité

En santé mentale, les activités socio-thérapeutiques et socio-culturelles sont parties prenantes du projet de soin, du projet d'accompagnement individualisé.

S'inscrivant dans une approche holistique des usagers, en complémentarité avec les autres intervenants du secteur sanitaire ou médico-sociaux, les partenaires (familles, tissu associatif, ...), elles contribuent au processus visant à conserver, à renforcer les ressources de la personne dans la dynamique de son projet de vie.

2. Objectifs

- Contribuer au parcours de soin et donc au projet de soin individualisé, projet de vie des patients du secteur sanitaire
- Contribuer au projet de vie pour les résidents et usagers des structures sociales et médico-sociales
- Apporter, grâce à une spécificité d'action, une expertise et une palette de réponses

complémentaires aux prestations de soins déjà effectuées

- Maintenir le lien social, la promotion de la culture dans une idéologie de rempart à l'isolement, de stimulation des fonctions cognitives et d'ouverture de l'Institution sur l'extérieur et contribuer ainsi à démystifier le champ de la psychiatrie
- Promouvoir la santé physique et psychique ainsi que l'équilibre psycho-social des personnes accompagnées dans les établissements de la Fondation
- Apporter une mission d'appui/d'expertise auprès des équipes, des professionnels, des usagers investis dans les activités à médiation au sein des services de soins, des structures médico-sociales.

3. L'organisation du service

a. Responsable de service

Dans une dynamique de management, le responsable de service accompagne les professionnels du service socio-thérapeutique et socio-culturel. Il pilote les réflexions dans le cadre des projets en adéquation avec les missions attendues du service.

A l'interface entre les différents interlocuteurs internes et externes au service, voire à l'établissement, il participe pleinement à l'essor des projets socio-culturels et culturels, à l'élaboration des demandes de subventions, mécénats, réponses à appel à projets.

Il apporte sa contribution à la continuité des activités (ex : salle culturelle, animations ouvertures au public...).

Dans le cadre du projet de service, il assurera la promotion et la coordination de la mission d'appui en collaboration avec les différents collaborateurs internes et externes à l'établissement.

b. Art thérapeute

L'échange patient-thérapeute est au cœur du processus d'art-thérapie. Cette thérapie expressive aide à apaiser les souffrances de la psyché et du corps. Elle utilise les formes (dessin, collage...), couleurs (peinture, craie...), matières (terre, landart...), sons (percussions...). Mais aussi, la méditation guidée, la respiration, les mouvements (danse, marche en conscience). Ces moyens facilitent l'expression des émotions et des tensions. La production créative, ici et maintenant, sans jugement, libère le mental et laisse ressurgir l'élan vital.

c. Musicothérapeute

Le musicothérapeute accompagne le patient dans son projet de soin en lui permettant d'ouvrir, de restaurer, d'améliorer toutes formes de communication, d'expression, d'expériences et de créations sonores et/ou musicales dans un registre verbal et/ou non verbal. Différentes approches et outils peuvent être utilisés tels que les instruments de musique, la voix, l'écoute musicale, la mise en mouvement corporelle, la relaxation, l'improvisation, la création de chansons...

Aucune expérience n'est requise pour participer à cette médiation à visée thérapeutique d'un certain nombre de difficultés psychologiques et de pathologies mentales.

d. Diététicienne

La diététicienne-nutritionniste est une professionnelle de santé. Elle fait partie des rééducateurs para médicaux.

Son rôle principal est d'adapter l'alimentation à la personne, en fonction de ses besoins (âge, sexe, dépenses, pathologies, troubles...).

Dans ses autres fonctions, on retrouve équilibre des menus, hygiène, nutrition orale.

En psychiatrie, l'alimentation et le poids sont souvent des problèmes récurrents. La diététicienne doit avoir en plus un rôle préventif, être à l'écoute et s'adapter aux différents contextes du patient. Elle travaille en équipe pluri-professionnelle, en groupe de patients ou en entretien individuel.

Le rattachement, au service socio-thérapeutique et socio-culturel du poste de diététicienne va contribuer à l'amélioration des prises en soin nutritionnelles pour les usagers (ex : via l'atelier cuisine thérapeutique mené en binôme avec la monitrice éducatrice...).

e. Éducateurs techniques spécialisés

Ateliers jardin thérapeutique, atelier modélisme, bibliothèque, journalisme et informatique :

- Le jardin est un support thérapeutique, éducatif et pédagogique utilisé comme outil

favorisant l'autonomie, la responsabilisation et la socialisation. Selon les saisons, l'éducateur technique utilise soit le potager, soit la serre.

- L'atelier journalisme est composé de patients ou résidents travaillant à la préparation éditoriale jusqu'à la mise en place de divers reportages en vue de la réalisation d'un magazine annuel.
- L'atelier de modélisme vise notamment à recouvrer ses capacités manuelles et à développer son esprit créatif.
- L'atelier Bibliothèque a pour premier objectif la réinsertion sociale des patients dans une démarche bénévole au sein de la médiathèque (accueil, gestion du fonds...) ou des bibliothèques municipales.
- L'atelier informatique offre une initiation individualisée à l'informatique, un soutien personnalisé dans les différentes démarches administratives.

f. Ergothérapeute

L'ergothérapie est une discipline paramédicale qui se fonde sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Le professionnel intervient auprès d'une personne ou d'un groupe en situation de handicap physique, cognitif et psychique dans un but de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociales. Il utilise des activités (menuiserie, arts créatifs, poterie, rotin) afin de favoriser l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. L'ergothérapeute veille également au confort de la personne en réalisant des actes de prévention (risque d'escarre) et de préconisation d'aides

techniques (fauteuils roulants, aides au repas, coussins...).

g. Éducateur sportif adapté

Les Activités Physiques et Sportives Adaptées (APSA) permettent de contribuer à une meilleure santé (bien-être physique, mental et social) des personnes en situation de handicap, par une prise en charge non médicamenteuse, en leur permettant de réaliser leur projet personnel et notamment des actions concrètes d'intégration.

h. Monitrice d'atelier

Deux professionnels du service sont en responsabilité pour l'accueil et la gestion de la cafétéria. Un atelier thérapeutique d'accompagnement cafétéria y est proposé : il met le patient en situation professionnelle dans le service aux clients.

i. Kinésithérapeute

La masso-kinésithérapie agit sur les troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et les déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles. Il s'agit d'une discipline paramédicale utilisant des techniques de rééducation.

j. Psychomotricienne

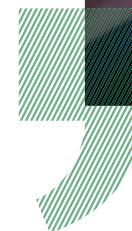
L'objectif des soins psychomoteurs est de prendre conscience de son organisation psycho-corporelle, d'en réduire les dysfonctionnements (psychiques et/ou physiques), de restaurer les capacités

de participation et d'adaptation aux activités de son environnement. Les activités peuvent être des ateliers de gymnastique douce, relaxation... .

k. Monitrice éducatrice

Atelier cafétéria et activités socio-culturelles (cinéclub, activités manuelles...)

Elle contribue à l'intégration sociale et à l'insertion professionnelle de personnes handicapées ou en difficulté. Elle met en place, auprès de ces personnes, un accompagnement professionnel, éducatif et social en s'appuyant principalement sur l'organisation d'activités techniques et la mise en œuvre de projets de formation professionnelle adaptée.





4. Le plan d'actions : les orientations du projet de service

Les orientations intègrent notamment le projet des usagers, le Forum Citoyen et les retours faits par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

a. *Maintien*

De la prestation de services et de socialisation via la cafétéria

Cette prestation s'adresse aux patients, aux résidents, à leurs familles/leurs proches lors des visites.

Elle figure dans « **les points forts de l'établissement mis en avant dans le rapport de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté** ».

La cafétéria fait office d'espace transitionnel où les usagers vont pouvoir consommer des boissons, effectuer divers achats dans une ambiance conviviale, en bénéficiant de la bienveillance, de l'attention, de l'écoute des personnels du service qui interviennent pour assurer la continuité du service.

La cafétéria est ouverte tous les jours.

En parallèle des prestations de services, la cafétéria offre un cadre propice à l'accueil de patients en atelier thérapeutique qui permet de travailler la fonction cognitive, les habiletés sociales, l'estime de soi, l'autonomie...

Des prestations de soins spécifiques en lien avec la qualification des professionnels du service (dans le cadre de l'évaluation fonctionnelle, du projet personnalisé de soins ou d'accompagnement)

Cette modalité d'intervention, en dualité auprès du patient ou via l'intégration du patient dans un atelier ou une activité à médiation, en groupe thérapeutique s'inscrit dans le cadre d'une prescription médicale.

Les objectifs définis, en concertation avec le patient, font l'objet d'une évaluation régulière tracée dans le dossier patient et sont partagés avec les équipes de soins, lors des synthèses pluridisciplinaires dans les services.

A ce jour, et au regard des nouvelles attentes formulées dans le cadre du projet de la Fondation, les interventions des professionnels du service socio-thérapeutique et socio-culturel seront rééquilibrées en accordant davantage de priorité pour la continuité d'ateliers, la mise en œuvre de médiations et d'animations de groupes. L'accent sera mis en particulier sur l'unité fermée Sainte Camille. Une réflexion doit intervenir sur le désœuvrement des patients, en particulier le week-end.

b. *Maintien et développement*

D'une offre d'ateliers thérapeutiques (ex: accueil de groupes de patients dans des salles/locaux mis à disposition du service et/ou dans les unités de soins/structures médico-sociales)

De l'accompagnement des patients, des résidents via des activités à médiation qui se déroulent au sein des établissements ou à l'extérieur

Les salles culturelles regroupent plusieurs activités : bibliothèque, médiathèque, ludothèque. Les tournées faites en tricycle « la belle orange », dans les services, viennent compléter l'accessibilité aux livres...

Des équipements informatiques avec accès internet permettent d'effectuer des démarches administratives, des recherches, d'accéder à sa messagerie, en bénéficiant si besoin d'un accompagnement.

Des ateliers sont également animés par des professionnels du service ou par des « artistes en résidence ».

Au-delà d'offrir un espace équipé pour les interventions des musicothérapeutes, la salle de musicothérapie accueille régulièrement des expositions de tableaux, de créations artistiques...réalisés par des usagers ou lors d'ateliers.

Les salles culturelles sont ouvertes du lundi au vendredi de 13h 30 à 17h00

Structuration de la mission d'appui :

Présentation du service et identification des besoins d'accompagnement par les professionnels et par les retours de questionnaires de satisfaction. Avant la fin de l'année 2017, les besoins exprimés par les services de l'unité fermée Sainte Camille et l'unité en soins prolongés Saint-Bernard bénéficieront d'une prise en compte prioritaire

Amélioration de la communication sur les offres de prestations à destinations des usagers et des professionnels

Les conclusions du projet des usagers, les recommandations du forum des citoyens et du Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté mettent en avant un déficit d'information quant aux activités proposées.

En accord avec les cadres, les responsables des structures médico-sociales, les tableaux d'affichage seront réactualisés et les supports d'affichages harmonisés. La réflexion qui va être menée au niveau du tableau d'affichage installé dans le hall de la cafétéria va permettre d'accroître son interactivité.

La structuration de la mission d'appui autour d'une participation représentative des unités de soins, des structures médico-sociales, des usagers (patients, résidents, personnes ressources/relais de Groupes d'Entraide Mutuelle) pour favoriser une plus grande accessibilité aux diffusions d'informations relatives aux activités.

Une plaquette complètera le livret d'accueil du patient et du résident. Elle sera aussi disponible aux nouveaux arrivants lors de leur journée d'accueil à l'issue d'une présentation du service.

La signalétique des salles d'activités sera revue pour gagner en efficacité.



H - RÉHABILITATION SOCIALE : LES PASSERELLES VERS L'AUTONOMIE - TYPE « 3 LOGIS »

1. Finalité

Le dispositif des Trois Logis intervient dans ce parcours de vie, au moment où la maladie est stabilisée. Il représente une aide donnée à la personne pour lui permettre d'identifier les apprentissages, les compétences à mettre en œuvre afin de faire aboutir son projet de vie et par conséquent, de sortir de la spirale des hospitalisations. Ce dispositif correspond à un lieu d'hébergement, de soins et d'accompagnement géré par la Fondation Bon Sauveur de Bégard. Il constitue une alternative à l'hospitalisation et se présente comme une étape dans le parcours du patient vers l'atteinte de son projet de vie.

Il s'adresse à des personnes adultes présentant des troubles psychiques stabilisés et suivies par le Centre Hospitalier de Bégard.

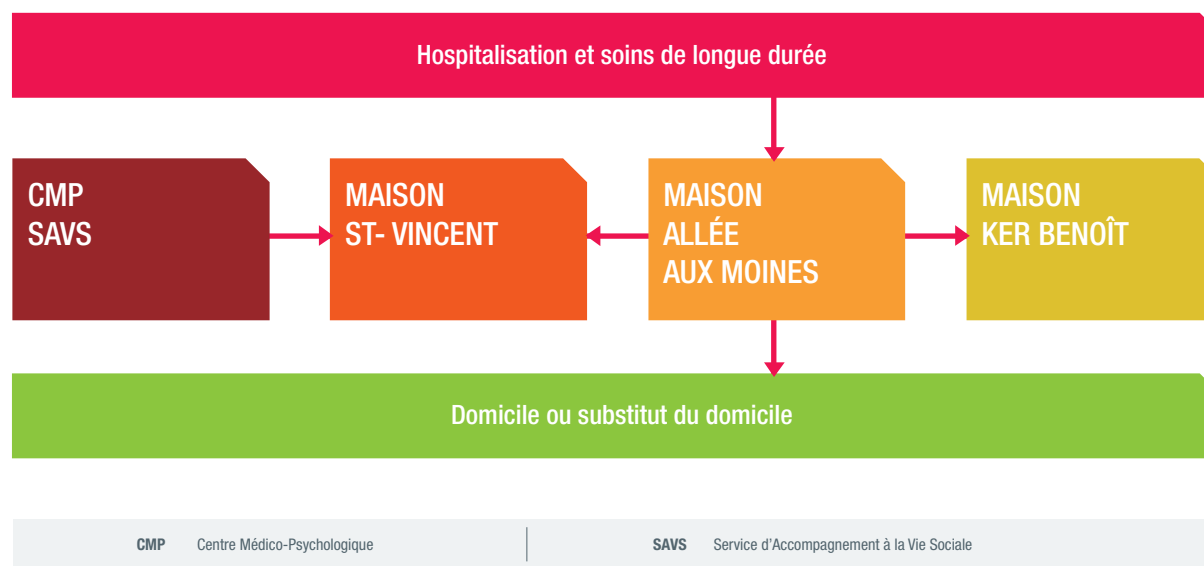
2. Objectif général

Le dispositif a pour vocation de permettre aux bénéficiaires de maintenir et/ou de développer leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne, de développer leurs habiletés sociales, d'être des acteurs à part entière dans la gestion de leur maladie.

Ce dispositif a, de ce fait, plusieurs fonctions :

- une fonction hébergement
- une fonction soin
- une fonction éducative et sociale

3. Dispositif



Fiche projet « 3 logis»

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Proposer un logement dans un cadre sécurisant et rassurant	<p>Favoriser l'autonomisation, la responsabilisation, l'intégration mais aussi l'individuation de chaque bénéficiaire au sein d'un logement adapté à ses besoins (maison, colocation, logement individuel)</p> <p>Le dispositif des Trois Logis se compose de 12 places réparties entre trois maisons situées sur le site du centre hospitalier de Bégard et dans la commune :</p> <ul style="list-style-type: none"> · La maison Saint Vincent comprend cinq studios ainsi qu'une pièce commune · La maison de l'Allée Aux Moines est un logement disposant de trois chambres · La maison de Ker Benoit comprend : <ul style="list-style-type: none"> - Au RDC, un appartement pour deux personnes, - A l'étage, un appartement pour deux personnes. 	2018 - 2019
Assurer une continuité de prise en charge entre l'hospitalisation et la réalisation du projet de vie : concevoir un accompagnement individuel et impliquant le patient	<p>Contractualiser le séjour sur une base de 6 mois renouvelable 3 fois maximum</p> <p>Fixer les objectifs de soin au plus près des capacités de la personne afin de renforcer ses habiletés et de l'amener progressivement vers de nouvelles habiletés, et ce, au vue de l'atteinte de son projet de vie.</p> <p>Développer les habiletés dans les domaines de la maladie et du traitement médicamenteux, de la relation à soi et à l'autre, du prendre soin de soi..</p> <p>Différents moyens sont proposés, selon le projet de chacun, pour y parvenir comme : les interventions à domicile, les entretiens d'aides au Centre Médico-Psychologique, les ateliers thérapeutiques dans le cadre du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, le programme d'habiletés sociales et tous les autres modes de prises en soins...</p> <p>Personnaliser la prise en soin et favoriser un travail sur la confiance et l'implication, par le bénéfice d'un infirmier référent. Ce dernier est une personne ressource avec pour rôle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Accueillir le bénéficiaire référé au plus près de son entrée dans le dispositif ; · Retracer avec lui les éléments significatifs de son histoire de vie ; · Faire vivre avec lui et les différents partenaires, son projet de soins ; · Initier et préparer des synthèses afin d'évaluer et réajuster son projet de soins ; · superviser la tenue du dossier <p>Organiser le suivi médical par le psychiatre du Centre Médico-Psychologique et si besoin d'un suivi psychologique par le psychologue du Centre Médico-Psychologique.</p>	2018 - 2019
Favoriser l'insertion dans la cité	<p>Pour les bénéficiaires d'une orientation en Service d'Accompagnement à la Vie sociale et après évaluation de la commission d'admission et validation, travailler à une meilleure autonomie en situation dans la cité</p> <p>Solliciter d'autres intervenants comme les partenaires du territoire (services de tutelles, services de soins à domicile, centres sociaux...) pour aider les bénéficiaires à pallier certaines difficultés.</p>	2018 - 2019

I - INFORMATION ET DOCUMENTATION / ARCHIVES



1. Le Centre d'Information et de Documentation (CID)

Le Centre d'Information et de Documentation couvre spécifiquement les domaines médicaux, sanitaires, sociaux et médico sociaux. Il s'adresse prioritairement aux professionnels de santé et aux instituts de formation avec lesquels la Fondation a établi une convention de partenariat.

Il assure les prestations suivantes :

- Consultations sur places
- Prêts d'ouvrages
- Recherches bibliographiques
- Elaboration de dossiers documentaires
- Prêts inter bibliothèques
- Recherches documentaires
- Veille juridique et actualité

La documentaliste a pour mission d'accueillir le public dans un espace de consultation qui intègre un « lieu de mémoire ». Elle peut accompagner les professionnels dans leurs travaux de recherches documentaires, les conseiller et les aider dans les actions d'approfondissement des connaissances dans le cadre du développement professionnel continu. Les demandes d'information et de recherches documentaires peuvent être formulées en échange direct, par téléphone ou par mail à l'adresse suivante : « cid@fondationbonsauveur.fr ».

Le CID est accessible les lundis, mardis, jeudis et vendredis.

Les objectifs opérationnels sont définis :

- Organiser une journée porte ouverte annuelle à destination des professionnels afin de permettre une découverte des locaux, du portail du CID, du fonds documentaire, du réseau Ascodocpsy, des modalités d'emprunts. Cette porte ouverte sera organisée chaque année la dernière semaine de septembre.
- Mettre en partage un fonds documentaire, dans le cadre d'une convention avec l'Université Catholique de l'Ouest (Bretagne Nord) de Guingamp avec mise en place d'un bordereau de demande de prêt par mail avec transport régulier assuré par le service garage de la Fondation.
- Présenter le CID aux journées d'accueil des nouveaux arrivants.

2. Les archives centralisées

La Fondation Bon Sauveur dispose d'archives centralisées au sein du bâtiment nommé SIAM (Service d'Information et d'Archives Médicales).

Une archiviste et une assistante assurent la gestion et le suivi des dossiers médicaux, sociaux, médico-sociaux et administratifs. Elles assurent une aide et un accompagnement des professionnels au niveau des bonnes pratiques de classement.

Les objectifs opérationnels sont :

- Poursuivre le récolement en recensant les dossiers inactifs et regrouper les parties

de dossiers pour établir un dossier patient unique. Ce travail est facilité par l'utilisation des logiciels Ariane, Cortexte, historique mouvements.

- Assurer la destruction des dossiers médicaux en prenant en compte la législation relative à la conservation des dossiers (rédaction de bordereaux d'élimination en accord avec les archives départementales).
- Assurer le tri et la destruction des clichés radiographiques stockés au sous-sol du bloc médical. La destruction sera réalisée via une société spécialisée.



A portrait of Gilbert Le Blévenec, a middle-aged man with short grey hair, wearing a dark brown blazer over a light blue button-down shirt. He is standing against a dark grey background. A teal speech bubble graphic is overlaid on the bottom left of the image, containing the text 'Une vision nouvelle qui pose notre liberté'.

Une vision nouvelle qui pose notre liberté

“

Nous entrons dans l'ère d'un nouveau projet qui pour la première fois rassemble dans une même réflexion et une même dynamique trois dimensions de nos actions : le sanitaire, le social et le médico-social.

Aujourd'hui, nous construisons et voulons affirmer une véritable cohérence car nous posons une approche globale de la Fondation. Tout cela fait sens et permet de suivre le patient quel que soit son parcours dans la Fondation.

Ce projet, pour les cinq années à venir, s'enrichit positivement de toutes les étapes d'organisation que la Fondation a parcourues. Mon cursus professionnel m'a permis de suivre les évolutions. Ce sont les équipes qui ont su créer cette dynamique en portant de justes valeurs. Nous sommes sur un système mutualisé et croisé, organisé de manière à ce que chaque expérience serve l'autre. Notre projet s'établit sur une logique de parcours de soins du patient.

Chaque projet est complémentaire et leur fédération forme un tout. Nous voulons faciliter le lien entre les services, les modalités de fonctionnement ont été abordées avec les groupes de réflexion et les cadres. Ce choix d'une évolution adaptative nous invite à développer nos partenariats.

La Fondation construit en s'appuyant sur ses valeurs et sa dynamique.

Gilbert Le Blévenec

Directeur des Soins et du Pôle Social et Médico-Social

Le pôle social et médico-social

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

A - Améliorer la qualité de l'accompagnement dans les établissements et services	151
B - Apporter une réponse inclusive adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne en situation de handicap	151
C - Se doter d'une organisation efficiente au service des personnes accompagnées	151

OUVERTURE ET PARTENARIAT

152

DISPOSITIFS

A - Maison d'Accueil Spécialisée : Maison des Roseaux	154
1. Présentation	154
2. Objectifs	154
B - Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés	158
C - EHPAD - Résidence de l'Abbaye	162
1. Présentation	162
2. Objectifs	164

D - Foyer de vie de Lanvollon - Résidence Henri Terret	166
1. Présentation	166
2. Objectifs	166
E - Foyer d'Accueil Médicalisé - Maison des Fontaines	168
1. Présentation	168
2. Objectifs	168



Claudine Thos
Présidente du Conseil de Vie Sociale
de la Maison d'Accueil Spécialisée
de la Fondation

**Créer des espaces de paix
... Au-delà de notre situation
personnelle, c'est pour
l'ensemble des patients
que nous voulons agir.
Les projets d'organisation
et de nouvelles constructions
sont prometteurs et nous
voulons que ces futurs bâtiments
constituent de réels espaces de
paix pour nos proches fragiles.**

Le pôle social et médico-social de la Fondation propose, conformément à son autorisation, un accueil en établissement ou un accompagnement en milieu ordinaire :

- à toute personne adulte en situation de handicap, sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- à toute personne âgée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Il bénéficie des fonctions support de la Fondation.

Chaque établissement social et médico-social déclinera son propre projet spécifique (projets individualisés, projets d'animation, projets d'unités...) avant la fin de l'année 2017.

Il est entendu que les Responsables d'établissements sociaux et médico-sociaux s'appuient, pour élaborer leur projet d'établissement, sur les valeurs fondatrices de la Fondation Bon Sauveur :

- le respect
- la bienveillance
- l'écoute et le dialogue
- le professionnalisme
- l'engagement

Les projets d'établissements du secteur social et médico-social seront construits selon une méthodologie commune, élaborée de manière consensuelle.

Les orientations stratégiques servant de base au projet de chaque établissement ou service social et médico-social sont définies dans le Projet de la Fondation Bon Sauveur qui entend intégrer les principes de co-construction, d'innovation, d'amélioration continue des modalités d'accompagnement, d'ouverture et de partenariat.

La loi de financement de la sécurité sociale rend obligatoire la conclusion des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour les Etablissements sociaux et médico-sociaux. Les orientations stratégiques sont issues des négociations pour le CPOM 2017-2021. Les enjeux sont les suivants :

- renforcer la coordination avec le pôle de santé mentale par une accentuation des prestations de l'établissement de santé au bénéfice des établissements médico-sociaux.
- renforcer la démarche qualité

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

La Fondation Bon Sauveur se déclare prête à mettre à disposition son savoir-faire au bénéfice de toute structure ou organisme social ou médico-social qui se trouverait en difficulté de gestion. La Fondation dispose, en effet, de compétences tant sur le plan gestionnaire que sur le plan des prises en charge des bénéficiaires. L'objectif poursuivi est de garantir la reprise d'établissements ou services de personnes âgées ou handicapées dans l'esprit des valeurs qui animent la Fondation, notamment l'esprit humaniste et non lucratif permettant la poursuite de missions d'intérêt général.

La Fondation souhaite développer son offre de services en répondant aux appels à projets lancés par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental.

Par ailleurs, les orientations stratégiques sont développées dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2017-2021 négocié avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Départemental.

A - AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

- Promouvoir les bonnes pratiques professionnelles en s'appuyant sur les recommandations de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux

- et Médico-sociaux (ANESM) en mettant un point particulier sur la bienveillance,
- Améliorer l'accès à la santé des usagers,
- Améliorer l'accès aux droits et à l'information de l'utilisateur et de sa famille,
- Optimiser l'accompagnement des personnes présentant des troubles envahissants du développement avec troubles sévères du comportement,
- Adapter l'offre aux attentes et à l'évolution des besoins des usagers.

B - APPORTER UNE RÉPONSE INCLUSIVE ADAPTÉE ET ÉVOLUTIVE AUX BESOINS DE CHAQUE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Préambule :

Le secteur social et médico-social s'engage, tout comme le Centre Hospitalier, à être dans une démarche de « zéro sans solution » afin de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.

Les établissements s'engagent ainsi à :

- Participer au dispositif de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) en intégrant les concepts nouveaux que sont les Dispositifs d'Orientation Permanents (DOP), les Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS) et le Plan d'Accompagnement Global (PAG).

- La Fondation s'est engagée sur un projet d'habitat regroupé à Lannion (projet du Forlac'h) via le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et prévoit de travailler sur un projet de logements sur Lanvollon, pour faciliter l'accueil de jour au Foyer de Vie de Lanvollon.
- Adapter l'offre d'accompagnement aux besoins des personnes.
- Mettre en place une table ronde pour aborder les situations critiques à la Fondation Bon Sauveur.

C - SE DOTER D'UNE ORGANISATION EFFICIENTE AU SERVICE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

- Optimiser l'activité dans les établissements et services,
- Mutualiser les fonctions support,
- Développer une politique des ressources humaines et de gestion des risques,
- Améliorer et fiabiliser les systèmes d'information,

OUVERTURE ET PARTENARIAT

Le secteur social et médico-social s'engage dans l'ouverture et le partenariat en développant des liens avec les acteurs extérieurs pour éviter les ruptures de parcours mais également pour travailler en complémentarité.

A cet effet, la Fondation initie, en 2018, la mise en place d'une « journée des partenaires » à l'initiative du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. L'objectif serait de poursuivre ce type de journée en organisation concertée tous les deux ans avec un porteur différent.

Le secteur social et médico-social est investi auprès de nombreux partenaires et au sein de nombreux groupes de travail :

PARTENAIRES, GROUPES DE TRAVAIL	CORRESPONDANTS FONDATION PÔLE SMS
MDPH Orientations (groupe ERO)	Responsables Foyer de Vie et SAVS /SAMSAH
MDPH Situations critiques	Les responsables en fonction de l'agrément de l'établissement
Handicap 22 Table de coordination Lannion/Tréguier	Responsables FAM/SAVS/SAMSAH
Handicap 22 Table de coordination Guingamp	Responsables Foyer de Vie/SAVS/SAMSAH
Handicap 22 Table de coordination de Saint Brieuc	Responsable MAS
Adsevel	Responsable SAVS/SAMSAH et Directeur du Pôle Social et Médico-social
Filière gériatrique Tréguier	Responsable EHPAD
Contrats Locaux de Santé Rapprochement Personnes Agées / Personnes Handicapées	Responsable MAS et Directeur du Pôle Social et Médico-Social
FEHAP secteur Handicap	Responsable FAM
FEHAP secteur Personnes Agées	Responsable EHPAD
Ouest Réseau Autisme pour la Fondation Bon Sauveur	Responsable Foyer de Vie
ESAT Co Plourivo	Responsable SAVS/SAMSAH
Emeraude Id Lannion	Responsable SAVS/SAMSAH
Observatoire social Lannion	Responsable SAVS/SAMSAH
ACAP	Responsable Foyer de Vie

Par ailleurs, la Fondation est signataire de conventions avec des associations et réseaux de soins palliatifs pour faciliter et améliorer l'accompagnement des résidents et des patients en situation de fin de vie. Ce type de partenariat est fondé sur des principes de respect de la personne, de la dignité, de la confidentialité, du devoir de discrétion.

Les associations concernées sont :

- Le réseau de soins palliatifs « Accompagné » de Guingamp
- L'association « JALMALV » des Côtes d'Armor (Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie)

DISPOSITIFS

ÉTABLISSEMENT / SERVICE	DISPOSITIF 2016	DISPOSITIF 2017/2021
Maison d'Accueil Spécialisée	<ul style="list-style-type: none"> • 60 places d'hébergement • 3 places d'accueil temporaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 places d'hébergement • 3 places d'accueil temporaire • 1 place d'accueil de jour
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • 67 places financées • 95 places autorisées 	<ul style="list-style-type: none"> • 95 places financées
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés	<ul style="list-style-type: none"> • 10 places 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 places
Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes	<ul style="list-style-type: none"> • 60 places d'hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 places d'hébergement
Foyer de Vie	<ul style="list-style-type: none"> • 30 places d'hébergement • 3 places d'accueil de jour 	<ul style="list-style-type: none"> • 29 places + 1 place de FAM en hébergement • 3 places d'accueil de jour
Foyer d'Accueil Médicalisé	<ul style="list-style-type: none"> • 58 places d'hébergement • 1 place d'accueil de jour • 1 place d'accueil temporaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 57 places d'hébergement • 1 place de foyer de vie • 1 place d'accueil de jour • 1 place d'accueil temporaire

A - MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE : MAISON DES ROSEAUX



1. Présentation

La Maison des Roseaux est un lieu de vie pour adultes en situation de handicap, ayant une orientation Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Elle accueille des personnes en grande dépendance, nécessitant une surveillance, des soins et un accompagnement dans tous les actes de la vie quotidienne.

D'une capacité de 60 places en accueil à temps plein et de 3 places en accueil temporaire, la Maison des Roseaux est ouverte en continu, 365 jours par an.

Afin de respecter les besoins de chacun, et d'adapter les accompagnements individuels, tout en veillant à la cohérence des groupes, la Maison des Roseaux accueille les personnes sur trois unités :

- **Unité 1** : adultes en situation de handicap mental et adultes polyhandicapés
- **Unité 2** : adultes en situation de handicap psychique
- **Unité 3** : adultes autistes ou psychotiques nécessitant un accompagnement en groupes restreints

L'Age moyen des résidents est de 54 ans

2. Objectifs

1 - Permettre une montée en compétences des professionnels intervenant auprès :

- des personnes handicapées vieillissantes
- des personnes présentant des comportements problèmes de type violence verbale et/ou physique
- des personnes présentant des troubles du spectre autistique

Cette montée en compétence se fera par le biais :

- d'un plan pluriannuel de formations adaptées,
- de la mise en place d'une coordination éducative,
- de l'utilisation d'outils de médiation spécifique, de l'accentuation d'un travail en réseau.

2 - Déposer une demande de création d'une place d'accueil de jour supplémentaire

qui permettrait de proposer aux personnes demandeuses d'un accueil à temps plein une période d'évaluation, de créer des passerelles pour des patients suivis au centre hospitalier, de permettre des temps de repos aux aidants familiaux.

3 - Engager des travaux d'extension de la Maison d'Accueil Spécialisée

pour accueillir les résidents de l'unité 3 dans une unité spécifique et permettre ainsi une réorganisation des deux autres unités en adaptant les locaux au vieillissement de la population.

Cette réorganisation architecturale doit se réaliser en appliquant les préconisations du Centre Ressources Autisme.

4 - Promouvoir la bienveillance en développant le travail entrepris sur les pratiques professionnelles (formations sur la bienveillance), en adaptant l'organisation du travail aux besoins des résidents, en mettant en place un groupe de travail sur la bienveillance.

Orientation stratégique n°1 : Améliorer la qualité de l'accompagnement

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Adapter l'offre et l'organisation à l'évolution des besoins des usagers	Elaborer les nouveaux projets d'unité et les annexer au Projet d'Etablissement.	Plan dessiné et présenté aux professionnels, familles et usagers dernier trimestre 2016
	Créer une extension architecturale pour accueillir les résidents de l'unité 3. Unité qui est actuellement excentrée de la Maison d'Accueil Spécialisée et qui ne présente plus les conditions nécessaires à l'accueil d'un public présentant un handicap.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt du permis de construire en janvier 2017 • Début des travaux septembre 2017 • Fin des travaux fin 2018
	Réorganiser architecturalement les unités 1 et 2 pour optimiser l'accompagnement des résidents par le réaménagement de chambres, d'espaces de circulation et d'espaces communs en tenant compte du vieillissement de la population.	<ul style="list-style-type: none"> • Solliciter des crédits exceptionnels pour l'installation de rails aux plafonds dans une unité pour améliorer la prise en charge et éviter les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) chez le personnel (Crédits Non Reconductibles ou Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail) • A faire en continu • Au cours du projet de la Fondation 2017-2021
	Trouver des dispositifs ou fonctionnements répondant aux attentes et besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes. Augmenter la médicalisation de l'établissement en utilisant des dispositifs médicaux adaptés.	<ul style="list-style-type: none"> • Fin 2017
	Organiser au sein de l'établissement une unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes qui ne peuvent pas être accueillies en EHPAD.	
	Dans le cadre du projet d'établissement, mettre en avant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
	<p>Permettre une montée en compétences pour optimiser l'accompagnement des personnes souffrant de troubles autistiques en :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Valorisant les activités éducatives de soins et d'accompagnement par la mise en œuvre des méthodes éducatives structurées · Réorganisant l'effectif pour permettre une coordination des Projets Personnalisés d'Accompagnement et la mise en place des outils par une éducatrice spécialisée · Recrutant en temps de neuropsychologue · Intégrant la formation de base (5 jours) pour accompagner les personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement · Mettant en place de la supervision · Travaillant en partenariat avec des partenaires extérieurs, notamment la Maison d'Accueil Spécialisée « Le Petit Clos » à l'écriture d'un projet d'unité spécifique 	<p>Répondre à des appels à projet pour obtenir des financements et valoriser l'accompagnement fait auprès de ces personnes.</p> <p>A faire en continu</p>
Promouvoir les bonnes pratiques et permettre aux équipes de donner du sens et de la cohérence à leurs interventions	Maintenir 15 séances annuelles d'analyses de pratiques de 3 heures	2018 - 2021 : 5 séances/an/ professionnels
	Former, par unité de vie, les professionnels à la bientraitance par un accompagnement théorique et pratique des résidents	A partir de 2018 en commençant par la MAS 1
	Mettre en place un groupe de travail et des référents « bientraitance » par unité de vie. Ces référents se réuniront pour des temps d'apport théorique, de réflexion, d'analyse et de correction de situations concrètes. Ce groupe pourra également aller à la rencontre des professionnels d'autres établissements afin d'échanger sur les pratiques.	2 ^e semestre 2018
	Après définition d'un référent « qualité » au sein du pôle social et médico-social, élaborer un support de recommandations de bonnes pratiques.	2019
Harmoniser les profils des personnes accueillies Apporter une cohérence entre accueils et missions.	<p>L'établissement accueille 5 profils de handicaps (handicap mental, handicap psychique, polyhandicap, Troubles Envahissants du Développement, handicap vieillissant) nécessitant des accompagnements pluriels.</p> <p>Il est nécessaire de réduire les profils afin d'harmoniser les accompagnements tout en conservant la dynamique instaurée par la mixité (par ex : handicap psychique - handicap mental)</p>	<p>2^e trimestre 2017: groupes de travail inter établissements (Maison d'Accueil Spécialisée - Foyer d'Accueil Médicalisé)</p> <p>En continu : accueil des usagers en fonction des départs naturels.</p>
Adapter l'organisation du travail aux besoins des usagers	En se basant sur les besoins identifiés des usagers, dans les projets personnalisés d'accompagnement et les souhaits des personnes, évaluer et adapter l'organisation en assurant la continuité de service	4 ^e trimestre 2017

Orientation stratégique n°2 : Apporter une réponse inclusive adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Mettre en adéquation l'autorisation de fonctionnement et les besoins du public	Obtenir un agrément pour: <ul style="list-style-type: none"> · 60 places d'hébergement en Maison d'Accueil Spécialisée, · 3 places d'accueil temporaire en hébergement (séjours de répit des aidants familiaux, stages pour personnes en attente d'admission dans la limite de 90jours/an), · 1 place d'accueil de jour 	2 ^e trimestre 2017 dans le cadre de la négociation du CPOM SMS 2017 - 2021
Permettre et optimiser l'admission de patients en attente sur le centre hospitalier de Bégard	Prioriser les demandes venant du centre hospitalier Proposer une admission en EHPAD aux usagers vieillissants de la Maison d'Accueil Spécialisée.	En continu

Orientation stratégique n°3 : Se doter d'une organisation efficiente au service des personnes

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Adapter en continu les compétences des professionnels et les métiers à l'évolution de la population accueillie	Accélérer le rythme des formations en lien avec le handicap psychique et le vieillissement des personnes accompagnées : <ul style="list-style-type: none"> · Consolidation des savoirs en psychiatrie · Mieux appréhender les pathologies mentales en structures sociales et médico-sociales · Gestion de l'agressivité et de la violence · La bientraitance · Le vieillissement des personnes handicapées · Les droits des usagers en santé mentale et structure sociale et médico-sociale · Formation de base pour l'accompagnement des personnes avec Troubles Envahissants du Développement pour les professionnels de l'unité 3 	<ul style="list-style-type: none"> · 1 IDE / an · 6 tout personnel / an · 10 tout personnel / an · 3 AMP/AS/ASL par an · 6 AMP/AS/ASL par an · 6 tout personnel / an Tous les professionnels de l'unité 3 sur 2 ans
Améliorer les systèmes d'information	Informatiser le dossier de l'utilisateur afin d'en améliorer son suivi et la qualité du circuit de l'information	Dossier opérationnel et personnel formé au 4 ^e trimestre 2018

B - SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE ET SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPÉS



a. Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

Le SAVS dispose de 67 places financées et 95 autorisées sur trois sites : Bégard, Lannion et Paimpol. Il accompagne des personnes âgées de 20 à 60 ans et plus, dans tous les domaines de la vie quotidienne (logement, vie sociale, citoyenneté, administratif, emploi...) et dans la réalisation de leur projet de vie. L'intervention vise, sur un temps du parcours des personnes, à l'autonomisation des personnes en milieu ordinaire.

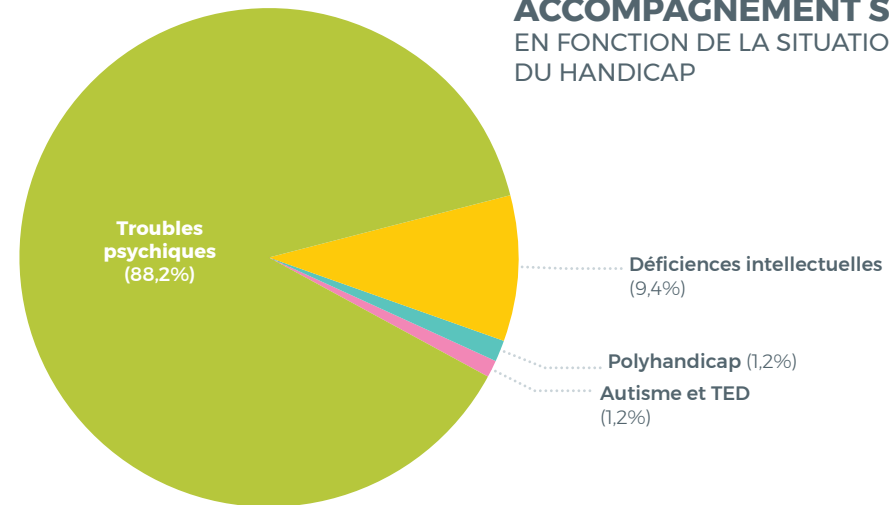
Le SAVS accompagne des personnes bénéficiant d'une orientation prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées essentiellement en situation d'handicap psychique (en 2016, 88,2 % des bénéficiaires présentaient comme déficience principale des troubles psychiques, 9,4 % d'entre eux une déficience intellectuelle, 1,2 % un polyhandicap, 1,2 % des Troubles Envahissants du Développement ou autisme).

La durée moyenne d'accompagnement des personnes sorties dans l'année 2016 était d'environ trois ans et demi. Les motifs de fin d'intervention aboutissant à une rupture du contrat peuvent être liés à une demande du bénéficiaire, à l'initiative du service, lors de l'atteinte des objectifs initiaux, à une admission dans un établissement social, médico-social ou sanitaire, à une fin d'orientation SAVS, à un déménagement hors secteur d'intervention ou à un décès.

Le SAVS est ouvert 365 jours par an.

L'équipe professionnelle est constituée de 11 ETP : éducateurs spécialisés, conseillers en économie sociale et familiale, moniteurs éducateurs, assistants du service social, rédacteur.

ACCOMPAGNEMENT SAVS EN FONCTION DE LA SITUATION, DU HANDICAP



b. Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

Le SAMSAH dispose de 10 places financées sur trois sites d'intervention : Bégard, Lannion et Paimpol. Le service a ouvert en mai 2015.

Le SAMSAH accompagne essentiellement des personnes en situation de handicap psychique (100 % des bénéficiaires accompagnés présentaient comme déficience principale des troubles du psychisme, en 2016). Comme le SAVS, le SAMSAH accompagne des personnes bénéficiant d'une orientation, âgées de 20 à 60 ans (parfois au-delà) dans tous les domaines de la vie quotidienne. Cependant pour ces personnes, l'intervention dans le domaine du soin est premier et s'avère être un axe d'inter-

vention préalable ou nécessairement parallèle à la réalisation de tout autre objectif (nécessité de coordination du parcours de soin tant au niveau somatique que psychique).

Les fins d'accompagnement sont souvent liées à l'atteinte des objectifs initiaux et peuvent aboutir à un relais vers le SAVS. Les ruptures de contrat peuvent également être liées à un départ en établissement social ou médico-social, un décès ou un déménagement hors secteur d'intervention.

La présence infirmière a permis une ouverture du SAMSAH 296 jours en 2016.

L'équipe professionnelle est constituée d'infirmiers, médecin psychiatre, médecin généraliste, psychologue et de l'équipe du SAVS.

L'accompagnement du SAVS et du SAMSAH peut permettre, à terme, la réduction des hospitalisations, cela ne saurait cependant être un objectif.

c. Objectifs communs

1 - Différencier la gestion des deux structures

2 - Adapter l'offre et l'organisation à l'évolution des besoins des usagers :

- Adapter la prise en charge à l'évolution des troubles des personnes accueillies
- Adapter l'offre architecturale aux attentes des usagers et aux besoins du fonctionnement

3 - Participer au dispositif de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

- Participer à la structuration des parcours en lien avec les différents partenaires
- Solliciter des orientations temporaires avec orientations cibles SAVS et SAMSAH

4 - Optimiser le niveau d'activité : améliorer la procédure d'admission en SAVS et SAMSAH



Orientation stratégique n°1 : Améliorer la qualité de l'accompagnement

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Adapter l'offre et l'organisation à l'évolution des besoins des usagers	<p>Adapter la prise en charge à l'évolution des troubles des personnes accueillies</p> <p>Répondre aux nombreuses nouvelles demandes d'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> · Financement de 28 places (places actuellement autorisées mais non financées) · Création de 2 postes · Augmentation de la capacité d'accompagnement à Lannion et Paimpol 	Négociation du Contrat Plurian- nuel d'Objectifs et de Moyens du pôle social et médico-social 2017 - 2021
	<p>Adapter l'offre architecturale aux attentes des usagers et aux besoins du fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> · Aménagement du service de Plourivo dans des locaux adaptés à l'activité et à proximité du centre-ville de Paimpol. · Création d'un dispositif d'habitats regroupés et d'un nouveau service à Lannion, convention avec Côtes d'Armor Habitat. 	Aménagement dans les nouveaux locaux de Paimpol et Lannion prévu au cours du premier semestre 2018

Orientation stratégique n°2 : Apporter une réponse inclusive adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Participer au dispositif de la réponse accompagnée pour tous	<p>Participer à la structuration des parcours en lien avec les différents partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> · Travailler en collaboration avec les partenaires du département pour proposer des solutions à des situations le nécessitant · Participer à la réponse aux problèmes des admissions (orientation N°3) · Coopérer avec les professionnels de la MDPH 	En continu
	<p>Solliciter des orientations temporaires avec orientations cibles SAVS et SAMSAH</p> <ul style="list-style-type: none"> · Rendre compte aux partenaires de la MDPH du besoin d'orientation cibles SAVS et SAMSAH dans le cadre d'un plan d'accompagnement global. · Communiquer sur les rôles et missions du SAVS et du SAMSAH 	En continu. Actions de communication à développer en 2017

Orientation stratégique n°3 : Se doter d'une organisation efficiente au service des personnes

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Optimiser le niveau d'activité	<p>Améliorer la procédure d'admission en SAVS et SAMSAH</p> <p>Simplifier les démarches pour les bénéficiaires</p> <ul style="list-style-type: none">· Réécrire ou adapter les documents internes (projet d'établissement, livret d'accueil, demande d'admission)· Définir les modalités d'admission de chacun des services SAVS et SAMSAH· Planifier à l'année les commissions d'admissions	2017 - 2018

C - EHPAD - RÉSIDENCE DE L'ABBAYE

1. Présentation

Conformément à son arrêté d'autorisation, l'EHPAD « La Résidence de l'Abbaye » accueille, depuis son ouverture le 6 décembre 1994, 60 personnes âgées dépendantes dont l'état de santé ne permet plus le maintien ou le retour à domicile.

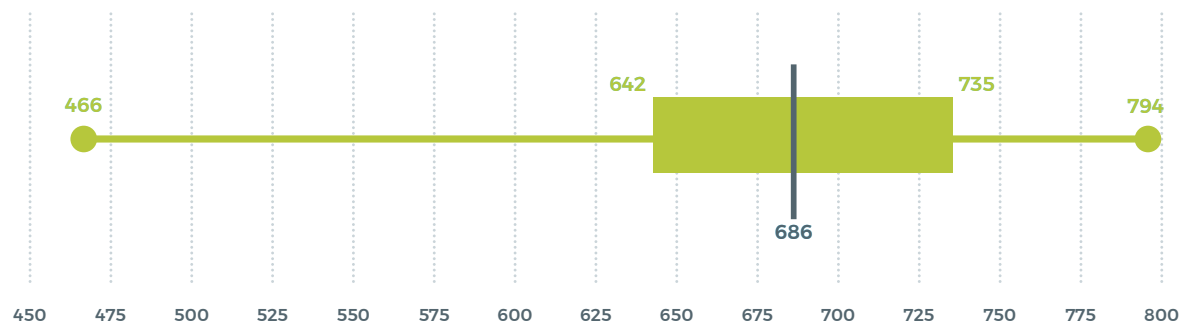
Le Gir Moyen Pondéré (794.14) est élevé en comparaison des autres EHPAD du département dans le 4^e quartile (686 médiane régionale)

Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour les établissements sociaux et médico-sociaux ?

Comparaison avec 169 EHPAD bretons de 60 à 99 places.

- Pathos Moyen Pondéré (199) contre 183 en Médiane régionale
- ETP « hébergement » faible par résident (0.16 contre 0.231 en moyenne)

- ETP « dépendance » dans la moyenne (0.13 contre 0.138 en moyenne)
- 30 résidents sont suivis mensuellement par un médecin psychiatre de la Fondation Bon Sauveur.
- 20 résidents perçoivent l'Allocation Adulte Handicapé.



Le dernier Gir Moyen Pondéré connu relevé en interne est de 809 au 23 novembre 2016.

Au 31/12/2016 : les résidents présentaient les pathologies suivantes :

DÉFICIENCE	DÉC. 2015	DÉC. 2016
Handicap psychique	31	34
Handicap mental	12	11
Démence	17	15

Quel est le niveau d'activité de l'EHPAD ?

TAUX D'OCCUPATION EHPAD ABBAYE	BENCHMARK				
	MINIMUM	QUARTILE 1	MÉDIANE	QUARTILE 3	MAXIMUM
99,63%	77,89%	96,09%	98,54%	99,44%	100%

Les profils des personnes correspondent-elles aux missions de l'EHPAD ? Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour la structure ?

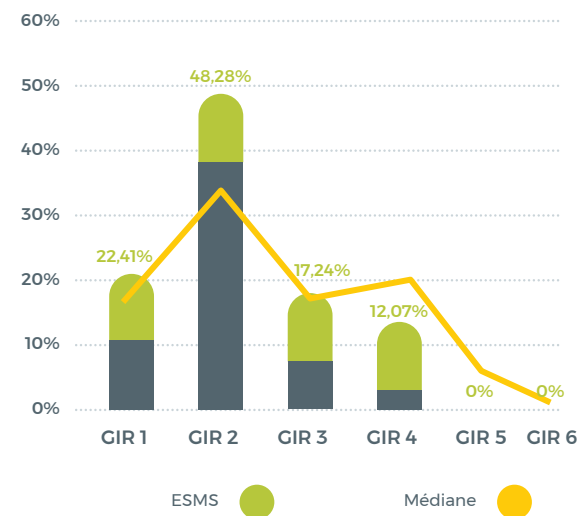
À ce jour les difficultés rencontrées sont :

- d'ordre organisationnel du fait d'une population très hétérogène nécessitant des accompagnements pluriels,

- de l'ordre de la cohabitation, du fait de l'accueil de patients issus du Centre Hospitalier Psychiatrique de Bégard : résidents présentant de fait des troubles psychiatriques qui nécessitent un accompagnement spécialisé et un suivi adapté,
- de l'ordre de l'adaptation en forme de ratio en personnel qualifié au regard de la spécificité des personnes accueillies, d'un pathos élevé en lien avec les pathologies associées au vieillissement.

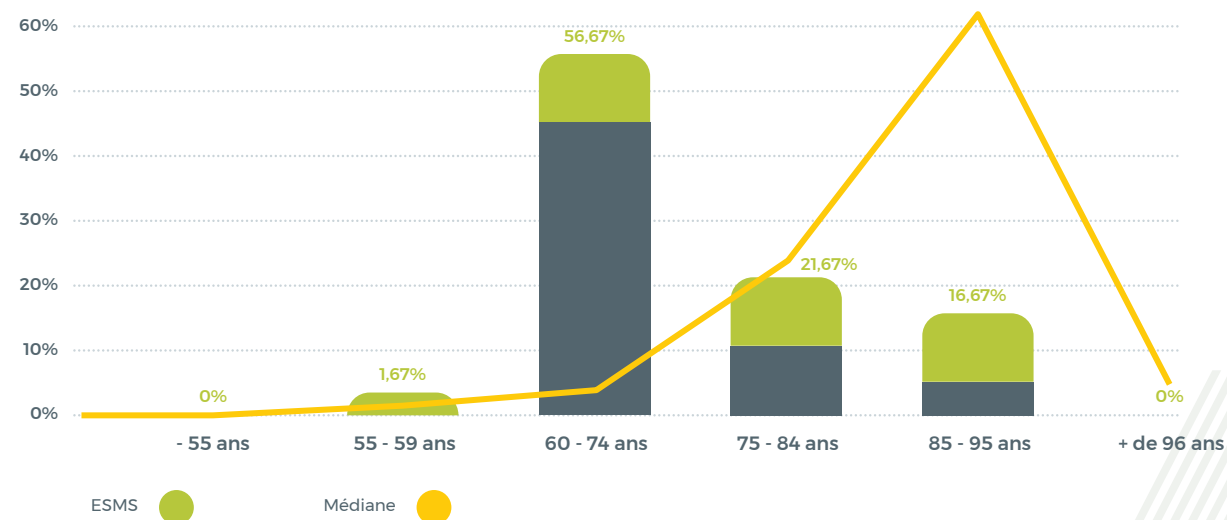
PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

RÉPARTITION EN FONCTION DES GROUPES ISO RESSOURCES (GIR 1 À 6) (dernier GIR Moyen Pondéré connu) en %



RÉPARTITION PAR ÂGE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

AU 31 DÉCEMBRE 2016



2. Objectifs

1 - Améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents

- Adapter l'offre et l'organisation à l'évolution des besoins des résidents
- Valoriser la bientraitance en intégrant l'EHPAD comme un lieu de vie voire « une maison »
- Etre dans la démarche de prise en soins palliatifs, d'accompagnement de la fin de vie
- Mettre en place une commission gériatrique animée par le médecin coordinateur et organiser la continuité des réponses en matière de consultation de soins somatiques

2 - Apporter une réponse adaptée et évolutive aux besoins de chaque résident

- Mettre en adéquation l'autorisation de fonctionnement et les besoins des résidents
- Adapter le ratio en personnel afin de proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter les capacités fonctionnelles, les fonctions cognitives, sensorielles et les liens sociaux des résidents de l'EHPAD

3 - Se doter d'une organisation efficiente au service des résidents

- Adapter en continu les compétences des professionnels et les métiers à l'évolution de la population accueillie
- Améliorer les systèmes d'information

Orientation stratégique n°1 : Améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Adapter l'offre et l'organisation à l'évolution des besoins des résidents	<ul style="list-style-type: none"> · Spécialiser une partie des lits de l'EHPAD pour personnes handicapées vieillissantes stabilisées de plus de 60 ans. · L'établissement accueille 34 résidents souffrant d'handicap psychique, 11 résidents souffrant d'handicap mental et 15 résidents souffrant de démence. 	2017 - 2021
Valoriser la bientraitance en intégrant l'EHPAD comme un lieu de vie voire « une maison »	<p>Travailler en lien avec le concept de l'humanité</p> <p>Les quatre piliers de l'humanité</p> <p>Cette méthode de soin repose sur un changement global de comportement des soignants :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Le regard : Il doit s'échanger face à face, les yeux dans les yeux, à hauteur du visage ; · La parole : Elle doit annoncer et expliquer chaque geste ; · Le toucher : Il s'agit de transformer le « toucher utilitaire » en « toucher tendresse » ; · La verticalité : Exit les toilettes effectuées au lit et les patients qui ne quittent plus leur matelas. Une personne âgée correctement accompagnée peut et doit vivre debout. La verticalité est l'une des caractéristiques qui nous distingue des animaux, d'où l'importance de lever la personne <p>La mise en œuvre de ces 4 préceptes doit permettre une meilleure écoute et une amélioration des soins, à condition bien sûr d'agir en fonction des situations et des personnes.</p> <p>Les horaires (repas, toilette, sieste...) doivent être adaptés aux résidents.</p> <p>Sensibilisation des professionnels au fait que nous sommes « chez eux » et que nous devons nous adapter à leurs besoins.</p>	Début 2018

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Etre dans la démarche de prise en soins palliatifs, d'accompagnement de la fin de vie	<p>Pour une majorité des personnes accompagnées, l'EHPAD est le dernier lieu de vie. L'EHPAD a des conventions avec le réseau « Accompagné » et « Jalmalv ».</p> <p>Les objectifs d'accompagnement au sein de la Résidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Respecter la volonté de la personne · Soulager les douleurs physiques et psychiques · Prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle (la présence d'un aumônier ou d'un bénévole est possible) · Accompagner les proches (familles, amis) au cours de la vie de leur parent · Soutenir les professionnels dans ce rôle d'accompagnement par le biais de formations. 	Immédiat et fin 2017
Mettre en place une commission gériatrique animée par le médecin coordinateur et organiser la continuité des réponses en matière de consultation de soins somatiques	<ul style="list-style-type: none"> · Améliorer l'accès à la santé des usagers · Mutualiser un temps de médecin généraliste sur les structures sociales et médico-sociales · Améliorer le suivi psychiatrique des résidents et le soutien aux équipes en développant les coopérations avec le Centre hospitalier Spécialisé de Bégard · Garantir l'autonomie fonctionnelle des usagers accueillis à l'EHPAD en améliorant leur accès aux soins de rééducation par la mutualisation d'un temps d'ergothérapeute sur le pôle social et médico-social 	2018

Orientation stratégique n°2 : Apporter une réponse adaptée et évolutive aux besoins des résidents

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Mettre en adéquation l'autorisation de fonctionnement et les besoins des résidents	<p>Demande d'agrément pour une structure pour personnes handicapées vieillissantes ou transformation de 20 places</p>	2017 - 2021
Adapter le ratio en personnel afin de proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter les capacités fonctionnelles, les fonctions cognitives, sensorielles et les liens sociaux des résidents de l'EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> · Adapter les réponses aux besoins des personnes handicapées psychiques · Augmenter la médicalisation de l'établissement · Réajuster les besoins en personnel en lien avec la charge en soins · Adapter les moyens face à la prise en charge de la population spécifique <ul style="list-style-type: none"> - Transformer un poste d'aide-soignant de nuit en Infirmier de nuit - Renforcer l'effectif soignant - Former le personnel - Renforcer le personnel d'animation - Renforcer le temps de psychologue 	2017 - 2021

Orientation stratégique n°3 : Se doter d'une organisation efficiente au service des résidents

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Adapter en continu les compétences des professionnels et les métiers à l'évolution de la population accueillie	<p>Accélérer le rythme des formations en lien avec le handicap psychique et le vieillissement des personnes accompagnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidation des savoirs en psychiatrie • Mieux appréhender les pathologies mentales en structures sociales et médico-sociales • Gestion de l'agressivité et de la violence • La bientraitance • Le vieillissement des personnes handicapées • Les droits des usagers en santé mentale et structure sociale et médico-sociale • Les soins palliatifs 	2017 - 2021
Améliorer les systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Informatiser le dossier de l'utilisateur afin d'en améliorer son suivi et la qualité du circuit de l'information 	Dossier opérationnel et personnel formé au 4 ^e trimestre 2018

D - FOYER DE VIE DE LANVOLLON - RÉSIDENCE HENRI TERRET



1. Présentation

Le Foyer de Vie de Lanvallon, ouvert en avril 2013, a un agrément pour 30 places d'hébergement et 3 places en accueil de jour et accueille un public mixte, 19 hommes et 11 femmes avec une moyenne d'âge de 44 ans.

Le Foyer de Vie (appellation préférée à celle de Foyer Occupationnel pour Adultes - dans ce sens

que « occupationnel » rappelle trop l'incapacité à être productif et met l'accent sur la mise en place d'activité) a pour objectif d'être le « chez soi » des personnes accueillies et propose une dynamique collective et individuelle prenant en compte les activités quotidiennes individuelles et les activités de loisirs, créatives et sportives collectives et/ou personnalisées.

2. Objectifs

- Améliorer le suivi médical des personnes accompagnées au Foyer de vie de Lanvallon
- Obtenir la médicalisation partielle du Foyer de vie par transfert du Foyer d'Accueil Médicalisé
- Étudier la création d'une place d'hébergement temporaire afin d'aider à la fluidité des parcours des personnes vivant au domicile
- Étudier la possibilité de mettre à disposition un appartement pour un bénéficiaire de l'accueil de jour

Orientation stratégique n°1 : Améliorer la qualité de l'accompagnement

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Améliorer le suivi médical des personnes accompagnées au Foyer de vie de Lanvollon	Former un aide médico-psychologique à la formation d'aide-soignant ou transformer un poste d'aide médico-psychologique en poste d'aide-soignant (dans le cadre de la mobilité au sein de la Fondation). Obtenir le financement pour un temps de psychiatre	2018
Étudier la possibilité de déplacer/ échanger une place du Foyer d'Accueil Médicalisé vers le Foyer de Vie et réciproquement	Déposer une demande de changement d'agrément pour affecter un temps infirmier	2018 dans le cadre de la négociation du CPOM SMS 2017/2021
Étudier la création d'une place d'hébergement temporaire afin d'aider à la fluidité des parcours des personnes vivant au domicile	Créer une place d'accueil temporaire en hébergement pour permettre des séjours de répit des aidants familiaux, des périodes d'évaluation pour des personnes en attente d'admission dans la limite de 90 jours/an et répondre aux besoins d'accueil d'urgence	2018 dans le cadre de la négociation du CPOM SMS 2017/2021
Créer un appartement alternatif inclusif dans la ville de Lanvollon		

E - FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ - MAISON DES FONTAINES



1. Présentation

L'agrément initial du Foyer d'Accueil Médicalisé autorise l'accueil de 60 usagers dont 5 en accueil de jour.

En 2007, un financement en crédits non reconductibles a permis l'accueil de jour d'un usager supplémentaire dans le cadre d'une situation critique, ce financement a cessé en 2011.

Les personnes accueillies présentent soit :

- Un handicap mental à type de déficience intellectuelle moyenne ou profonde,
- Un handicap psychique (psychose ayant évolué sur un mode déficitaire),
- Un polyhandicap (déficience motrice et déficience intellectuelle sévères),
- Des Troubles Envahissants du Développement.

La moyenne d'âge est de 48,5 ans.

L'établissement est doté de 24 chambres individuelles et de 18 chambres doubles.

2. Objectifs

- Adapter l'offre et l'organisation à l'évolution des besoins,
- S'interroger sur les pratiques et leur donner du sens,
- Mettre en cohérence la population accueillie et les missions de l'établissement,
- Mettre en adéquation l'autorisation de fonctionnement et les besoins du public,
- Optimiser les accueils,
- Adapter les compétences et métiers à l'évolution des besoins,
- Améliorer les systèmes d'information.

Orientation stratégique n°1 : Améliorer la qualité de l'accompagnement

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Adapter l'offre et l'organisation à l'évolution des besoins des usagers	Compléter le projet architectural (création de chambres individuelles et salons d'activité) par une réaffectation des chambres	Groupes de travail à partir de mars 2017
	Elaborer les nouveaux projets d'unité et les annexer au Projet d'Etablissement	Projets finalisés : mars 2018
Promouvoir les bonnes pratiques et permettre aux équipes de donner du sens et de la cohérence à leurs interventions	Programmer et pérenniser 5 séances d'analyses de pratiques annuelles par équipe d'accompagnement	2 séances / équipe 2 ^e semestre 2017 2018 à 2021 : 5 séances/an
Harmoniser les profils des personnes accueillies Apporter une cohérence entre accueils et missions.	L'établissement accueille 5 profils de handicaps (handicap mental, handicap psychique, polyhandicap, Troubles Envahissants du Développement, handicap vieillissant) nécessitant des accompagnements pluriels. Il est nécessaire de réduire les profils afin d'harmoniser les accompagnements tout en conservant la dynamique instaurée par la mixité (par ex : handicap psychique - handicap mental)	2 ^e trimestre 2017 : Groupes de travail inter établissements (Maison d'Accueil Spécialisée - Foyer d'Accueil Médicalisé) En continu : accueil des usagers en fonction des départs naturels.

Orientation stratégique n°2 : Apporter une réponse inclusive adaptée et évolutive aux besoins de chaque personne

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Mettre en adéquation l'autorisation de fonctionnement et les besoins du public	<p>Obtenir un agrément pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> · 57 places d'hébergement en Foyer d'Accueil Médicalisé, · 1 place d'hébergement de Foyer De Vie (avec transfert d'1 place de Foyer d'Accueil Médicalisé au Foyer de Vie afin de médicaliser celui-ci), · 1 place d'accueil temporaire en hébergement (séjours de répit des aidants familiaux, stages pour personnes en attente d'admission dans la limite de 90 jours/an), · 1 place d'accueil de jour 	<p>2018 dans le cadre de la négociation du CPOM SMS 2017/2021</p>
Permettre et optimiser l'admission de patients en attente sur le Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard	<p>Prioriser les demandes venant du Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard Proposer une admission en EHPAD aux usagers vieillissants du Foyer d'Accueil Médicalisé</p>	<p>En continu</p>

Orientation stratégique n°3 : Se doter d'une organisation efficiente au service des résidents

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Adapter en continu les compétences des professionnels et les métiers à l'évolution de la population accueillie	<p>Accélérer le rythme des formations en lien avec le handicap psychique et le vieillissement des personnes accompagnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Consolidation des savoirs en psychiatrie · Mieux appréhender les pathologies mentales en structures sociales et médico-sociales · Gestion de l'agressivité et de la violence · La bientraitance · Le vieillissement des personnes handicapées · Les droits des usagers en santé mentale et structure sociale et médico-sociale 	<p>2017 - 2021</p>
	<p>Consolider les équipes d'accompagnement par intégration de moniteurs éducateurs et éducateurs spécialisés dans le cadre de la mobilité annuelle ou des départs naturels</p>	<p>En continu Intégration de 2 moniteurs éducateurs ou éducateurs spécialisés à échéance 2021</p>
Améliorer les systèmes d'information	<p>Informatiser le dossier de l'utilisateur afin d'en améliorer son suivi et la qualité du circuit de l'information</p>	<p>Dossier opérationnel et personnel formé au 4^e trimestre 2018</p>

A portrait of a middle-aged man with short brown hair, wearing a dark blazer over a white shirt. He is standing with his arms crossed, looking directly at the camera with a slight smile. The background is a plain, light grey.

Un engagement :
savoir-être, savoir-dialoguer
et savoir-exercer

“

Notre projet social s'inscrit dans la dynamique d'une politique transparente et de dialogue qui accompagne le projet de soins et le projet médical. C'est fort d'un baromètre d'opinion interne, des échanges avec les partenaires sociaux, des relations construites avec les organisations, les directions, tous les acteurs au sein de la Fondation qu'il est élaboré. Notre richesse, à la Fondation, n'est pas technique, elle est humaine. Avec près de 900 salariés, la politique de recrutement est primordiale. Chaque année, la cinquantaine de nouveaux collaborateurs nécessite une attention toute particulière car, quelle que soit la filière de son exercice professionnel : médicale, médico-sociale, éducative et sociale, logistique ou encore administrative, chaque membre du personnel est en contact avec des femmes et des hommes en état de fragilité. Auprès d'eux, et dans un souci de bienveillance permanente, nous devons maintenir la même activité, le même service, la même écoute, car ces patients sont là à 100%, 7 jours sur 7.

Tous nos recrutements sont donc exigeants : au-delà des seules compétences professionnelles spécifiques, c'est au savoir-être et au savoir-dialoguer des collaborateurs potentiels que nous prêtons toute notre attention. Notre projet social donne l'âme des transformations à envisager pour la Fondation : le développement des collaborations avec les hôpitaux généraux, le développement du travail en réseau et des partenariats, l'innovation dans les modes de prise en charge ... Cette feuille de route pour les cinq années à venir va être détaillée et enrichie par des travaux de groupes. Plus qu'un projet, il s'agit en fait d'un véritable engagement partagé et porté par tous les salariés où l'adaptation à la situation des patients, les parcours de formations, les compétences, le savoir-être et le savoir-dialoguer convergent pour harmoniser un savoir-exercer son métier au service d'un bien-être collectif.

Eric Yaouanc

Directeur des Ressources Humaines et des Relations Sociales

Projet social

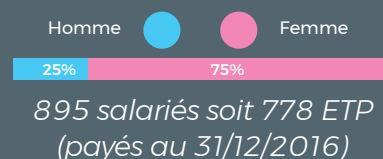
A - Promouvoir la qualité de vie au travail	173
1. Appropriation des résultats de l'enquête d'opinion par les pôles : des résultats à partager	173
2. Promouvoir les démarches participatives engageant tous les acteurs de l'Institution	173
3. Acquérir une méthodologie d'analyse de la qualité de vie au travail	173
4. Concilier vie personnelle et vie au travail	174
B - Préserver la santé et la sécurité au travail, améliorer la prévention des risques professionnels	174
1. Faire vivre le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels)	174
2. Prévenir et traiter les phénomènes de violence	174
3. Réduire la pénibilité au travail	175
4. Prévenir les risques psycho-sociaux	175
5. Promouvoir les activités physiques et sportives	175
6. Maintenir une protection des frais de santé efficiente	175
C - Détecter, adapter et enrichir les compétences des professionnels (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences)	176
1. Faire face au renouvellement de professionnels sur les 5 prochaines années	176
2. Permettre à de jeunes professionnels d'accéder à des qualifications reconnues sur le marché de l'emploi	176

3. Favoriser l'accès à la formation continue	176
4. Développer de nouvelles formes d'accès à la compétence	177
5. Mieux valoriser les expertises internes	177
6. Un plan de formation orienté vers les projets institutionnels	177
7. Encourager la mobilité professionnelle	177
8. L'accueil des stagiaires	178
D - Communication et dialogue social	178
1. Rechercher l'expression des salariés au plus près du terrain	178
2. Promouvoir un dialogue social de qualité, avec les Instances Représentatives du Personnel	178

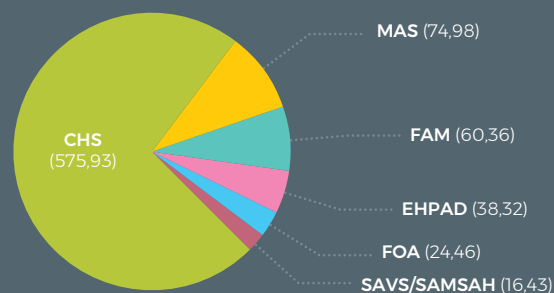
Donnons du sens à notre travail

ÉLÉMENTS DE REPRÉSENTATION DES PROFESSIONNELS AU SEIN DE LA FONDATION

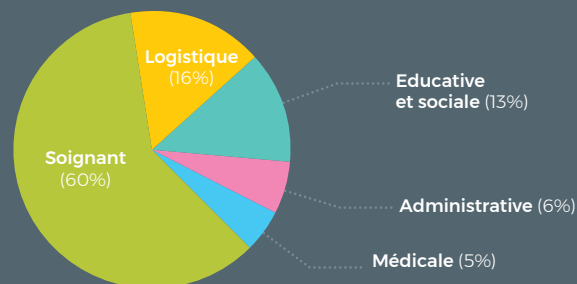
SELON LE SEXE



PAR ÉTABLISSEMENTS (en ETP moyen annuel sur 2016)



PAR FILIÈRES (au 31/12/2016)



Le Projet Social de la Fondation Bon Sauveur a pour ambition :

- d'accompagner le projet médical et le projet de soins et d'accompagnement en anticipant les évolutions concernant les besoins en qualification et compétences attendus,
- de faire de la Fondation un employeur garantissant un environnement de travail respectueux stimulant et propice au développement professionnel,
- de donner du sens aux missions de l'ensemble des professionnels :
 - organisation du travail centrée sur les besoins des personnes,
 - préoccupation permanente de leur bien-être,
 - questionnement des pratiques professionnelles.

Ce projet social ne peut pas négliger les nombreux facteurs environnementaux et institutionnels qui impactent les différents emplois et l'exercice des professionnels :

- La convention collective du 31 octobre 1951,
- Les attentes des usagers, de plus en plus acteurs de leur santé,
- Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé et l'ANESM et notamment la qualité et la sécurité des soins,
- L'inscription de l'Institution dans une offre territoriale de santé de soins (mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire),
- La promotion de parcours individualisés qui nécessite une forte articulation entre les différents secteurs : sanitaire, social, médico-social,

- Les valeurs exprimées par le Conseil d'Administration de la Fondation Bon Sauveur lors du séminaire du 24 juin 2016 introductif à la rédaction du projet d'Etablissement.


Les évolutions des modes de prise de charge et des pratiques de soins (les alternatives à l'hospitalisation, le développement de l'ambulatoire, de la prévention, de l'Education Thérapeutique...), ont également un impact direct sur l'exercice professionnel et les organisations du travail.

Par ailleurs, la raréfaction des ressources médicales qui concerne tout particulièrement les médecins psychiatres pose la question du temps médical dans les organisations du travail et la nécessité d'introduire des délégations de compétences vers certains professionnels (infirmiers et psychologues) et ceci dans le respect des référentiels métiers pour un exercice conforme aux respects des professions réglementées.

Enfin, ce projet social est l'expression des professionnels prise en compte à partir des résultats de l'enquête d'opinion menée en octobre et novembre 2016. Les résultats de cette enquête ont mis en exergue les attentes suivantes :

- la sécurité au travail,
- la responsabilisation des professionnels,
- la capacité à exprimer son opinion dans les choix d'organisation,
- la reconnaissance,
- la motivation,
- le développement professionnel,
- la collaboration au sein d'un collectif.

A - PROMOUVOIR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL



L'amélioration de la qualité de vie au travail s'inscrit prioritairement dans le cadre du développement de la politique des ressources humaines. A travers ce projet social, la Fondation Bon Sauveur souhaite réaffirmer la place du professionnel au cœur de son organisation. La préoccupation de la promotion de la qualité de vie au travail doit s'intégrer dans la vie de l'Institution, non plus en tant que réflexion entre les représentants du personnel et la Direction, mais par intégration de cette dimension dans l'ensemble des réflexions autour du travail, des changements d'organisation et de la mise œuvre de nouveaux projets.

1. Appropriation des résultats de l'enquête d'opinion par les pôles : des résultats à partager

Fin 2016, une enquête d'opinion a permis d'identifier des pistes d'amélioration en terme de qualité de vie au travail. Selon les pôles, les exercices professionnels, les lieux de travail, les attentes des professionnels diffèrent. Des actions concrètes sont à mettre en œuvre, au plus près des équipes :

- Diffuser les résultats de l'enquête d'opinion au sein des pôles.
- A partir des résultats de l'enquête d'opinion, définir pour chaque pôle un plan d'actions avec pour objectif l'amélioration des conditions de travail.
- Par des actions concrètes quantifiables, rassurer les professionnels sur l'utilisation

des enquêtes d'opinion et les rendre acteurs de leurs conditions de travail.

- Mesurer les résultats obtenus.
- Renouveler l'enquête d'opinion sur la qualité de vie au travail en 2018 pour mesurer les écarts et définir de nouveaux plans d'actions.

2. Promouvoir les démarches participatives engageant tous les acteurs de l'Institution

La qualité de vie au travail dépend en grande partie de la capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de son travail. Mettre en place des espaces de discussion, afin de rechercher des solutions concrètes sur l'organisation du travail, les conditions de réalisation, les relations professionnelles, le fonctionnement, participe étroitement à la perception qu'ont les professionnels de leur travail. Il s'agit d'aborder les problèmes d'organisation avec ceux qui œuvrent au quotidien à produire la richesse de la Fondation :

- Former les cadres de proximité à l'émergence de l'expression du personnel sur l'organisation du travail et la résolution de problèmes au sein d'un collectif.
- Rendre les professionnels acteurs de la vie des services et favoriser la prise d'initiatives dans l'amélioration continue de la prise en charge des personnes accueillies.
- Favoriser la participation de l'ensemble des acteurs dans les processus de décision au sein des unités.
- Développer l'autonomie des professionnels et la participation aux processus de décision.

3. Acquérir une méthodologie d'analyse de la qualité de vie au travail

En 2017, le Centre Hospitalier Spécialisé de Bégard participe, avec six autres centres hospitaliers bretons, à une démarche expérimentale pilotée par l'ARACT (Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail) et financée par l'Agence Régionale de Santé. Les premiers résultats sont attendus début 2018. En s'inscrivant dans cette démarche, la Fondation souhaite s'inscrire durablement dans un processus d'amélioration continue de la qualité de vie au travail :

- Poursuivre le travail débuté en 2017 avec l'Aract Bretagne sur la qualité de vie au travail au sein du cluster réunissant 6 centres hospitaliers.
- Acquérir une méthodologie concrète, reproductible et participative d'analyse des situations de travail et d'actions d'amélioration des conditions de travail.
- Utiliser cette expérience hospitalière pour les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Permettre à cette expérimentation de maintenir une dynamique de diagnostic et d'analyse de situations permettant une démarche continue d'amélioration des conditions de travail.

4. Concilier vie personnelle et vie au travail

Beaucoup de professionnels de la Fondation sont confrontés aux horaires atypiques. La conciliation vie professionnelle-vie personnelle soulève plusieurs enjeux liés aux exigences d'accueil des usagers 24h sur 24h, aux caractéristiques du territoire (faiblesse des transports collectifs, difficultés de trouver un mode de garde pour les enfants) et aux différentes situations familiales. La prise en compte de ces différentes dimensions est nécessaire pour résoudre l'équation vie privée-vie au travail.

S'il est impossible de répondre de façon individualisée à chacune des situations, il est important de définir, avec les partenaires sociaux, les conditions favorables à une meilleure articulation entre la vie privée et la vie professionnelle :

- Améliorer les roulements et les cycles de travail pour concilier intérêt des usagers (qualité de la prise en charge) et des professionnels.
- Acquérir un logiciel de gestion des temps performants et facilitant l'échange des informations entre les salariés, l'encadrement et la Direction des Ressources Humaines.
- Formaliser les bonnes pratiques en enrichissant la charte des plannings, notamment en instaurant des roulements équitables et en diminuant les modifications du planning prévisionnel.
- Revoir avec la Direction des Soins les temps de transmission entre le personnel de nuit et l'équipe de jour, afin de sécuriser les prises en charge des patients et résidents, et éviter des dépassements d'horaire.

- Faciliter des aménagements du temps tout au long de la vie professionnelle (passage à temps partiel, retraite progressive...).
- Mettre en œuvre des démarches de prévention de l'absentéisme notamment dans le secteur médico-social.
- Définir les conditions de mise en place du télétravail pour certains professionnels.
- Formaliser un accord avec les représentants du personnel sur les modalités d'accompagnement de la parentalité (garde d'enfants).
- Explorer les conditions de mise en place d'une conciergerie proposant des services aux professionnels.
- Ouvrir les échanges avec les partenaires sociaux sur la mise en place d'une annualisation du temps de travail pour une plus grande souplesse dans la gestion des horaires.

B - PRÉSERVER LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL, AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

L'enquête d'opinion fait apparaître une véritable préoccupation des salariés sur la sécurité (68 % des professionnels estiment que la sécurité est une priorité de l'employeur). L'évaluation des risques professionnels réalisée fin 2015 et au premier semestre 2016 recueille les attentes des équipes sur le domaine des risques professionnels.

1. Faire vivre le DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels)

Si le document unique répond à une obligation légale, il n'en demeure pas moins un véritable outil d'amélioration de l'analyse des risques professionnels. Pour une amélioration continue des conditions de travail, ce document unique doit pouvoir vivre et faire l'objet d'une évaluation en continu par les professionnels lors des réunions de fonctionnement :

- Former les responsables d'unité à l'utilisation et à l'actualisation du Document Unique des Risques Professionnels.
- Inscrire à l'ordre du jour des réunions de fonctionnement l'actualisation du DUERP au moins une fois par trimestre.
- Inscrire de nouveaux risques professionnels par l'équipe lors de ces réunions de fonctionnement.
- Définir de façon partagée, au sein de chaque unité, un Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT).
- Identifier, par le responsable de service, des actions du plan de formation permettant de réduire les risques professionnels et y inscrire les salariés.

2. Prévenir et traiter les phénomènes de violence

Le Centre Hospitalier est confronté à l'entrée et au développement de situations de violence ; ce phénomène est d'ailleurs d'ampleur nationale. Il a déjà fait l'objet d'actions que nous devons amplifier dans le cadre de ce projet social.

- Renforcer l'équipe de formateurs internes à la gestion de la violence (méthode OMEGA). Actuellement deux formateurs dispensent cette formation qui rencontre un véritable intérêt auprès des professionnels. Nous devons renforcer dès 2018 cette équipe par une nouvelle formation de formateurs.
- Utiliser l'expertise des formateurs internes pour la mise en place de protocoles en lien avec la gestion de la violence (contentions, mise en chambre d'isolement...).
- Organiser des échanges entre les équipes et les formateurs internes afin de définir des bonnes pratiques au sein des équipes.
- Formaliser une procédure institutionnelle de prise en charge psychologique (collective et individuelle) suite à des actes de violence.

3. Réduire la pénibilité au travail

Limiter les contraintes physiques liées à l'environnement : sollicitations mécaniques, nuisances, risques de blessures ou d'accidents ...

- Mettre en place un plan annuel de formation gestes et postures et à la prévention des troubles musculo-squelettiques (4 formateurs Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP 2S) formés en 2017).
- Former des acteurs PRAP prioritairement dans les établissements médico-sociaux.
- Poursuivre le travail débuté en 2016 par la commission d'analyse des accidents de travail et des maladies professionnelles.
- Intégrer les préoccupations ergonomiques dans l'aménagement des nouveaux locaux

(implication du CHSCT et des formateurs PRAP 2S).

- Définir un plan pluriannuel d'achat de matériel d'aide à la manutention.
- Evaluer les risques chimiques et définir des alternatives à l'utilisation de certains produits.

4. Prévenir les risques psycho-sociaux

L'ensemble des cadres de proximité et les membres du CHSCT ont été formés aux risques psycho-sociaux en 2016 par un cabinet externe. L'objectif de cette formation était de sensibiliser l'encadrement et les représentants du personnel à la prise en compte des risques psycho-sociaux dans la gestion des équipes :

- Identifier, évaluer et intégrer les risques psychosociaux dans le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels.
- Actualiser la procédure de soutien psychologique pour :
 - Les situations de crise collective suite à un événement grave au sein d'une unité
 - Les situations individuelles de soutien psychologique
- Promouvoir la résolution des conflits par le développement de processus de médiation.
- Construire avec le CHSCT un dispositif d'alerte des risques psycho-sociaux.

5. Promouvoir les activités physiques et sportives

De nombreuses études démontrent les bienfaits de l'exercice physique dans le cadre d'une activité professionnelle. Depuis une quinzaine d'années, les politiques ressources humaines des pays scandinaves développent la promotion de ces activités qui participent étroitement au bien-être au travail :

- Définir une politique d'accès aux activités sportives pour les salariés de la Fondation.
- Prévoir l'aménagement de locaux sur le site de Bégard pour permettre la pratique d'activités physiques.
- Développer un partenariat avec l'assurance santé pour la promotion des activités physiques.

6. Maintenir une protection des frais de santé efficiente

Début 2016, la Fondation Bon Sauveur a fait évoluer son régime complémentaire des frais de santé afin de s'inscrire dans la conformité des évolutions législatives et conventionnelles. A cette occasion, la contribution employeur est passée à 15,45€ par salarié et par mois. En 2017, la Direction a souhaité réaffirmer l'importance donnée à la couverture des frais de santé puisque sa participation est passée à 17,95 €. Elle devrait être de 20,45 € en 2018.

- Maintenir une participation employeur au-delà du seuil conventionnel,
- Etudier périodiquement avec le courtier d'assurances les dépenses de frais pour maîtriser les coûts,

- Mettre en concurrence les assureurs pour faire évoluer favorablement le régime de frais de santé,
- Impliquer les représentants du personnel dans les orientations des prestations de santé et le choix des opérateurs.

C - DÉTECTER, ADAPTER ET ENRICHIR LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS (GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET COMPÉTENCES)



L'activité et la richesse de la Fondation sont essentiellement basées sur la qualité du service rendu par les Hommes et les Femmes qui exercent au sein de ses Etablissements. La satisfaction des patients, des usagers, de leurs familles, n'existe que parce que les professionnels possèdent des compétences. Ces compétences sont individuelles et collectives.

1. Faire face au renouvellement de professionnels sur les 5 prochaines années

Comme beaucoup d'établissements de santé et services sociaux et médico-sociaux, la Fondation Bon Sauveur est confrontée au renouvellement de ses professionnels. Ce renouvellement nécessite d'organiser une vraie politique d'accueil et de transmission des savoirs :

- Développer une politique de communication attractive pour le personnel médical et soignant (communication, reprise de l'ancienneté...)
- Actualiser le dispositif de fonction tutorale (coordination des tuteurs, outils de suivi

d'intégration, valorisation de l'investissement des tuteurs...).

- Organiser l'acquisition d'un socle commun de connaissances par métier nécessaire à l'exercice dans le domaine de la santé mentale (consolidation des savoirs en psychiatrie, relation d'aide, prise en charge de la crise suicidaire...).
- Maintenir la journée semestrielle d'accueil des nouveaux arrivants mais en revisitant le contenu de cette journée pour une plus grande interactivité.
- Mettre à disposition une information classée, hiérarchisée et accessible depuis tout poste informatique.

2. Permettre à de jeunes professionnels d'accéder à des qualifications reconnues sur le marché de l'emploi.

Acteur économique et social sur le territoire, la Fondation doit prendre toute sa place dans l'insertion professionnelle des jeunes :

- Développer le partenariat avec la mission locale pour s'inscrire dans une politique d'emploi local des jeunes en recherche de qualification.
- Maintenir l'effort d'emploi d'apprentis et de contrats de professionnalisation pour l'accès aux métiers de moniteur éducateur, éducateur spécialisé et aide-soignant.
- Explorer l'introduction d'embauche d'emploi civique pour le secteur social et médico-social.
- Construire un parcours de formation pour les jeunes recrutés en Contrat Aidés.

3. Favoriser l'accès à la formation continue

Une commission de formation existe au sein de la Fondation Bon Sauveur. Elle organise le recueil des besoins, la hiérarchisation des demandes et l'élaboration du plan de formation. Le Développement Professionnel Continu (DPC) introduit par la loi Hôpital, Santé, Patient et Territoire (HPST) et consolidé par la loi Santé renforce la nécessité d'inscrire les professionnels dans un parcours de développement des compétences. Face à la complexité grandissante des moyens d'accès à la formation, il est important que chaque salarié puisse accéder à une information lisible des moyens mis à sa disposition pour être acteur de son parcours professionnel :

- Former les cadres de proximité aux dispositifs de formation, d'accès à la qualification et aux dispositifs de gestion de carrière.
- Rendre le salarié acteur de son parcours professionnel en lui fournissant une information claire et actualisée des dispositifs proposés par la branche et l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé.
- Inciter les professionnels à l'utilisation de leur Compte Personnel de Formation (CPF).
- Accompagner les souhaits d'évolution professionnelle (orientation, mobilité, accès à un nouveau métier par un conseil personnalisé).
- Optimiser les financements des fonds de la période de professionnalisation auprès du collecteur de fonds formation (UNIFAF).
- Rapprocher les souhaits d'évolution avec les besoins en qualification et en compétences nouvelles.

- S'inscrire dans une démarche de collaboration avec les autres Centres Hospitaliers du territoire (Groupement Hospitalier de Territoire) pour partager les actions de formation collective.

4. Développer de nouvelles formes d'accès à la compétence

Trop souvent la formation continue répond à des modèles d'apprentissage prédéterminés. Les nouvelles technologies, les innovations pédagogiques doivent permettre des alternatives à la traditionnelle journée de formation en face à face :

- Intensifier l'acquisition de nouvelles compétences par de nouvelles formes d'enseignement (e-learning, MOOC, stage par comparaison...).
- Proposer l'organisation de colloque sur une journée permettant de réunir un grand nombre de professionnels sur des thèmes fédérateurs et ouvert à des professionnels d'autres structures.
- Organiser des séquences de formation permettant des parcours individualisés et à la carte.
- Organiser des séquences formatives de courtes durées évitant de provoquer les absences trop souvent frein au départ en formation.

5. Mieux valoriser les expertises internes

Depuis un peu plus de 12 mois ont été mises en place des formations par des formateurs internes, salariés de la Fondation. Un accord d'entreprise a été signé avec les organisations syndicales : il permet de cadrer les modalités d'intervention de ces formateurs. Cette implication des profes-

sionnels dans la transmission des savoirs doit se poursuivre :

- Développer des formations internes par l'accompagnement de la cellule formation (logistique, définition de programmes, organisation...).
- Valoriser les secondes parties de carrière en permettant à de nouveaux professionnels de transmettre leur connaissance et expérience dans le domaine de la santé mentale.
- Définir les nouvelles formations qui peuvent être assurées par des formateurs internes.
- Réunir périodiquement les formateurs internes pour définir une programmation annuelle des formations dispensées.
- Mettre en place des formations permettant aux experts de développer des compétences en pédagogie et transmission des savoirs.

6. Un plan de formation orienté vers les projets institutionnels

Le plan de formation est l'outil de la Direction pour permettre d'améliorer en continu la qualité de la prise en charge des personnes accueillies au sein des établissements. Il permet aux professionnels d'acquérir les compétences attendues dans le domaine notamment de la santé mentale. Il est fortement en corrélation avec le projet médical, le projet de soins et d'accompagnement et les projets des établissements sociaux et médico-sociaux :

- Décliner les projets de soins en plan de formation pluriannuel afin que les compétences des professionnels accompagnent les ambitions de la politique institutionnelle.

- Permettre à l'ensemble des acteurs de la Fondation d'intégrer dans leurs pratiques professionnelles le concept de bientraitance et d'une prise en charge centrée sur les besoins, les attentes et le bien-être des usagers.
- Définir un programme d'actions de formation collectives (thème, nombre de personnes à former, métiers concernés...).
- Actualiser chaque année le programme pluriannuel de formations afin d'organiser les ajustements nécessaires.
- Diffuser le plus largement possible en interne les besoins en nouvelles qualifications pour permettre aux professionnels d'inscrire leur projet personnel en adéquation avec les besoins de l'Institution.
- Permettre aux professionnels, par des enveloppes financières dédiées, de participer à des congrès et colloques en lien avec leur activité professionnelle permettant l'acquisition de nouvelles techniques.

7. Encourager la mobilité professionnelle

En 2016, la Direction des Ressources Humaines et des Relations Sociales a remis en place une période de mobilité professionnelle sur la base du volontariat. Un règlement intérieur de la commission de mobilité a été rédigé :

- Poursuivre la mise en œuvre d'une période de mobilité professionnelle chaque année.
- Définir avec les partenaires sociaux les conditions de mobilité sur les services convoités et les services en tension.

- Inscrire dans les entretiens annuels une réflexion sur la mobilité professionnelle afin d'éviter l'usure professionnelle.
- Permettre au plus de 50 ans de bénéficier d'un entretien professionnel de seconde partie de carrière.
- Promouvoir l'accès au bilan de compétences.

8. L'accueil des stagiaires

La Fondation Bon Sauveur assure l'accueil et l'encadrement de stagiaires sur un large spectre de professionnels. L'accueil des stagiaires donne lieu à la mise en place de conventions avec les établissements formateurs. La Direction des Soins et du Pôle Social et Médico-Social assure le suivi et la gestion des demandes. Elle met en lien les stagiaires avec les différents terrains de stage et veille au suivi des bonnes pratiques en matière de tutorat (diffusion d'un document nommé dossier de tutorat) :

- Rédiger une convention globale avec les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et des Aides-Soignants (IFSI/IFAS) du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor.
- Formaliser annuellement une rencontre avec les instituts de formation pour un bilan de pratiques.
- Construire un nouveau carnet de tutorat via un groupe de travail constitué de professionnels de la Fondation, animé par la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines.
- Revoir la procédure d'accueil des stagiaires en ce qui concerne les étudiants IFSI/IFAS via les professionnels qui se sont investis sur

le groupe de travail de révision du carnet tutorat.

- Construire un document support spécifique à l'accueil et à l'encadrement des stagiaires psychologues en partenariat avec l'Université Catholique de l'Ouest (UCO) en y associant des représentants du collège des psychologues.

D - COMMUNICATION ET DIALOGUE SOCIAL



La qualité du dialogue social se construit par l'écoute et l'expression des salariés et de leurs représentants au sein des différentes Instances Représentatives du Personnel.

1. Rechercher l'expression des salariés au plus près du terrain

- Maintenir les permanences ressources humaines délocalisées périodiques sur les différents sites de la Fondation.
- Participer partiellement aux réunions de fonctionnement afin de permettre une écoute des équipes sur leur vécu et l'exercice professionnel.
- Accueillir individuellement les salariés pour répondre aux demandes d'accompagnement (carrière, social, logement...).
- Revoir les locaux de la Direction des Ressources Humaines pour la confidentialité lors de l'accueil des salariés.
- Organiser tous les deux ans une enquête d'opinion afin d'accompagner la qualité de vie au travail.

- Promouvoir au sein des services l'expression des personnels.
- Disposer d'un intranet performant en lien avec la politique de communication interne.

2. Promouvoir un dialogue social de qualité, avec les Instances Représentatives du Personnel

- Veiller à la qualité des informations transmises aux représentants du personnel, afin de faciliter le dialogue, la communication et les échanges constructifs.
- Définir et diffuser un agenda annuel des rencontres pour diffusion auprès du personnel d'encadrement afin de planifier et organiser les temps de réunion et de délégation.
- Mettre à disposition des Instances Représentatives du Personnel une base de données (Base de Données Economiques et Sociales) actualisées et facilement accessibles.
- Organiser une diffusion des informations des partenaires sociaux via les outils informatiques.



Sandrine Delourme
Responsable
des Ressources Humaines



Extrait du séminaire de travail des Administrateurs de la Fondation Bon Saveur en date du 24 juin 2016 sur les valeurs de la Fondation.

LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

De quoi s'agit-il ?

La qualité de vie au travail des professionnels est une condition de la qualité des soins.

C'est une démarche participative et progressive qui, étape après étape, conduit à réinterroger l'organisation du travail, l'accompagnement des professionnels tout au long de leur parcours, l'optimisation de la formation, les modalités d'association des professionnels aux réflexions transversales... L'objectif est de retrouver les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité et de s'intéresser aux conditions propices à une qualité de vie au travail.

La performance économique, sociale, sociétale, n'est pas l'objectif mais la résultante de cette dynamique vertueuse.

Comment ?

- Développement et maintien d'un dialogue social constructif,
- Entretien de relations de qualité, écoute entre les parties, respect des opinions des uns et des autres, de la parole donnée,
- Information claire et régulière sur les enjeux auxquels est confrontée la Fondation et sur les orientations envisagées,
- Soutien du développement des compétences des professionnels en favorisant les formations inter établissements et services pour faciliter l'interconnaissance au sein de la Fondation,
- Accompagnement des professionnels confrontés dans l'exercice de leur métier à des situations difficiles (violence, agressivité, suicides, maladies...),
- Prise en compte des spécificités des différents métiers et fonctions et des situations professionnelles (notamment fin de carrière),
- Mise en place, autant que possible, d'actions ou de services concrets et réalistes facilitant la vie au travail (création avec d'autres employeurs d'un multi-accueil pour les enfants en bas âge par exemple, mise en place d'espaces de paroles, de moments favorisant la prise de recul...),
- Développement de l'esprit d'appartenance à la Fondation grâce, entre autres, à l'organisation de moment de partage et de convivialité.



Eric Yaouanc
Directeur des Ressources Humaines
et des Relations Sociales

Notre esprit est, en effet, celui de la participation et de la consultation pour déterminer un plan d'actions solide.

Notre principe est de faire en sorte que les personnels soient acteurs de l'évolution de la Fondation.

A portrait of Dimitri Martinescu, a man with short dark hair and glasses, wearing a dark blazer over a light blue shirt and dark blue jeans. He is standing against a dark grey background.

Coordonner,
assurer la transversalité
et aider aux échanges

“

Notre projet a une finalité principale : contribuer à assurer la meilleure prise en charge de l'usager. Autre finalité : mettre en œuvre à tous les niveaux et pour tous les métiers de la Fondation, les outils qui améliorent le travail et ses conditions.

Dans ce sens, nous souhaitons renforcer les liens entre les services utilisateurs et gestionnaires du dossier patient informatisé. Les outils que nous déployons servent aux prises en charge, ils doivent être fonctionnels, pratiques, intégrés dans les pratiques des professionnels. Informaticiens, nous sommes également des hospitaliers, contribuant de façon indirecte aux prises en charge et aux accompagnements. Pour accompagner les changements, nous devons connaître les métiers de la Fondation, nous devons être des facilitateurs et au-delà nous pouvons apporter les outils nécessaires à la juste articulation de l'organisation de la Fondation. Mettre de l'huile dans les rouages, apporter la solution technique facilitante : nous sommes la ressource technique et nous devons savoir où trouver l'information et ainsi permettre, de manière cohérente et adaptée, la transmission des savoirs et des informations. C'est dans ce sens que nous voulons développer et affirmer notre projet sur les cinq années à venir.

De nombreux défis nous attendent dans l'écosystème territorial des prises en charge. Des changements d'organisation et techniques sont à prévoir autour du parcours des personnes accompagnées, par la mise en place d'outils qui nous permettront notamment d'améliorer les échanges avec les partenaires de santé.

Hormis l'accompagnement des prises en charge, les achats, travaux, services généraux, finances, ressources humaines, sont d'autres sujets abordés dans ce projet. Tous les partages sont créateurs dès lors qu'ils se font et se fondent dans la confiance et en toute sécurité, il s'agit là d'une des conditions sine qua non de l'exercice de nos missions et de nos compétences.

Dimitri Martinescu

Directeur du Système d'Information et de l'Organisation

Schéma directeur du système d'information

ENJEUX ET CONTRAINTES

A - Les éléments de contexte	182
1. au niveau national	182
2. au niveau régional	182
3. au niveau départemental	182
4. au niveau de l'établissement	182
B - Le bilan de l'existant	183

ORIENTATIONS MAJEURES DU SYSTÈME D'INFORMATION

A - Ressources et compétences de la Direction du Système d'Information et de l'Organisation (DSIO)	184
B - Gouvernance et pilotage du système d'information,	184
C - Le domaine fonctionnel	184
1. Prise en charge des usagers	184
2. Support de processus interne	185
D - Le domaine technique	185
E - La sécurité du système d'information	185
F - Informatique et libertés	185

Compte-tenu des enjeux du projet médical, les idées maîtresses du précédent projet prennent une nouvelle dimension dans le contexte juridique et réglementaire actuel.

Un Système d'Information (SI) doit être ouvert, communiquant et sécurisé. Il doit permettre à chaque professionnel d'accéder rapidement aux données nécessaires à son activité, la finalité étant d'assurer la meilleure prise en charge possible des usagers. Cela implique que la Direction du Système d'Information et de l'Organisation (DSIO) doit faciliter le déploiement d'outils complètement adaptés aux organisations et aux métiers de la Fondation, en adéquation avec le projet médical et de soin. Le système d'information doit également permettre aux fonctions support de travailler de façon efficiente.

Le contexte budgétaire contraint impose de veiller à ce que les charges de fonctionnement associées aux systèmes d'information ne dérivent pas : les investissements et les déploiements doivent être maîtrisés, les outils doivent être partagés par les établissements de la Fondation, et la charge de travail doit être consacrée aux projets importants et nécessaires.



Dimitri Martinescu
Directeur du Système d'Information
et de l'Organisation

Notre capacité à partager est créatrice. Elle se réalise et se fonde dans la confiance et en toute sécurité. C'est la condition sine qua non de l'exercice des missions et des compétences qui affèrent l'organisation des systèmes d'information.

ENJEUX ET CONTRAINTES

La Fondation Bon Sauveur est soumise à des contraintes et à des enjeux aux niveaux national, régional et territorial (départemental). L'ensemble de ces éléments auxquels s'ajoutent ses choix stratégiques propres, influent sur la politique du système d'information.

A - LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE



1. Au niveau national

- La loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016
- Le Programme Hôpital Numérique 2012 - 2016
- Les critères de certification de la Haute Autorité de Santé (notamment les critères 5a et 5b, 14a)
- La loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement modifiée par la loi du 27 septembre 2013
- Les différents décrets sur la lettre de liaison, les résultats de biologie, la MS SANTE (messagerie sécurisée de santé)
- Le décret du 19 octobre 2010 sur la télémédecine

2. Au niveau régional

- La contractualisation (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) avec l'Agence Régionale de Santé
- Les travaux menés par et avec le GCS e-Santé Bretagne, assurant la maîtrise d'ouvrage des projets numériques de l'Agence Régionale de Santé

3. Au niveau départemental

- La coopération avec le Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor (constitué par les 6 établissements publics du territoire de santé n°7)
- La coopération avec la Communauté Psychiatrique de Territoire, en particulier avec la Fondation Saint-Jean de Dieu à Léhon et l'Association Hospitalière de Bretagne à Plouguernevel

4. Au niveau de l'établissement

- Un budget contraint
- Une pénurie médicale
- Une activité stable sur tous les établissements de la Fondation
- Un renforcement de l'activité ambulatoire du Centre Hospitalier Spécialisé et un nouveau dispositif à venir pour programmer les admissions et les parcours en général

Rappelons ici les principaux enjeux et contraintes de la Direction du Système d'Information au regard de la stratégie de l'établissement :

- Accompagner le projet médical, la mise en place du dispositif d'accueil et d'orientation (Infirmiers d'Accueil et d'Orientation / Antennes Médico-Psychologiques), le maintien d'une offre de psychiatrie rurale grâce à la télémédecine, renforcer et fiabiliser le logiciel dossier patient en y intégrant le médicament ;
- Fluidifier le parcours des patients dans le dispositif de soins psychiatriques en partenariat avec les autres acteurs de santé, en favorisant la numérisation des pièces du dossier et l'échange dématérialisé avec les partenaires ;

- Faciliter la gestion des plannings du personnel en remplaçant la solution logicielle actuelle très chronophage ;
- Équiper les fonctions support de la Direction Logistique, Travaux, Achats et Sécurité (DLTA) de progiciels adaptés ;
- Contribuer au développement des politiques de qualité, de sécurité et de traçabilité indispensables pour garantir l'intégrité et la confiance dans le système d'information ;
- Fiabiliser l'infrastructure par les investissements, la formation, son pilotage par la capacité et la sécurité ;
- Continuer à collaborer avec les établissements publics du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor, dans le cadre du projet de déploiement d'un dossier patient communautaire ;
- De façon générale, contribuer à simplifier les organisations métier à l'aide d'outils adaptés et communiquant : « un geste métier, une seule action logicielle ».

B - LE BILAN DE L'EXISTANT

Le diagnostic réalisé du précédent schéma directeur (approche SWOT) permet de lister en interne les forces et faiblesses du système d'information. Le contexte externe, réglementaire et juridique, permet de définir les « opportunités » et les « menaces ». Tenant compte de ces éléments,

la matrice suivante a pu être dressée. Elle synthétise les forces, faiblesses, opportunités et menaces, de la thématique des systèmes d'information de la Fondation. Ces éléments ont aidé à déterminer certaines actions du présent schéma directeur.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Constituer un Comité de pilotage du système d'information, chargé d'appliquer la stratégie de la Fondation sur le système d'information, mettant en œuvre les liaisons fonctionnelles • Piloter la sécurité du système d'information, notamment au travers du comité de pilotage mais également en lien avec le service qualité / gestion des risques • Favoriser les coopérations au sein du Groupement de Coopération Sanitaire en Santé Mentale, du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor, du Groupement de Coopération Sanitaire eSanté Bretagne, et avec les établissements sociaux et médicaux-sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper les programmes numériques du domaine de la santé et les intégrer dans le portefeuille de projets (exigences institutionnelles et réglementaires de plus en plus importantes) • Déployer la messagerie sécurisée de santé (conduite de changement importante) • Mettre sur le « cloud » certaines parties du système d'information (risque contractuel, volet social / formation) • Homogénéiser le système d'information pour tous les établissements de la Fondation
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Le logiciel dossier patient sélectionné dans le cadre de l'appel d'offre du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor devra respecter les spécificités de la psychiatrie • Impacts budgétaires sur les changements nécessaires sur le système d'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenance de l'infrastructure technique

ORIENTATIONS MAJEURES DU SYSTÈME D'INFORMATION

A - RESSOURCES ET COMPÉTENCES DE LA DIRECTION DU SYSTÈME D'INFORMATION ET DE L'ORGANISATION (DSIO)

La DSIO est constituée de l'équipe informatique, dont la composition est la suivante : 2 techniciens réseau / maintenance, 1 ingénieur système réseau, 1 analyste référent fonctionnel, 1 directeur des systèmes d'information et de l'organisation.

Le budget de formation devra accompagner les évolutions technologiques, être en lien avec le Groupement Hospitalier de Territoire ou la Communauté Psychiatrique de Territoire.

La composition actuelle de l'équipe doit être l'occasion d'étudier la délégation d'une partie de ses activités compte tenu de la charge de travail à venir et notamment en direction du secteur médico-social (dossier des résidents, parcours résidents).

La DSIO s'appuie sur des référents de chaque direction métier pour s'assurer de la complète adéquation des outils déployés avec les besoins des utilisateurs. Elle collabore notamment avec le Département d'Information Médicale (DIM) pour les travaux en lien avec le logiciel de gestion du dossier patient, et avec la coordination des secrétariats médicaux pour le déploiement

d'outils liés à l'organisation des secrétaires (bureautique, rendez-vous, etc...).

B - GOUVERNANCE ET PILOTAGE DU SYSTÈME D'INFORMATION,

L'organisation de la DSIO doit permettre d'assurer l'adéquation du système d'information avec les besoins de l'établissement et des acteurs externes. Il s'agira d'impliquer et d'informer les professionnels sur l'évolution du système d'information, de coopérer avec les acteurs partenaires du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor, d'améliorer la lisibilité des projets de l'équipe, et de poursuivre la collaboration avec les services de la Fondation.

C - LE DOMAINE FONCTIONNEL

1. Prise en charge des usagers

Améliorer la prise en charge du patient / résident à toutes les étapes de son parcours, optimiser les ressources hospitalières, optimiser le temps de secrétariat médical

Sur le domaine fonctionnel, l'objectif sera d'informatiser totalement le suivi des résidents des structures médico-sociales. L'intégration des rendez-vous au dossier patient informatisé constitue un levier important d'optimisation de l'organisation des secrétariats médicaux, via également le rappel des rendez-vous aux familles par SMS. Avec la coordination des secrétariats médicaux, un travail sera réalisé

pour optimiser la production bureautique et l'envoi des documents aux partenaires de santé. L'intégration des documents externes sera améliorée. Avec la direction des soins, et grâce à un temps infirmier sur le Département d'Information Médicale, la DSIO intégrera la démarche de soins dans le dossier patient informatisé. Avec le Service de Relations avec les Usagers (SRU), il s'agira de mettre en œuvre des outils pour assurer le suivi des soins sans consentement. Pour faciliter la régulation et la vision des occupations des unités de soins en temps réel, un module de gestion des lits sera déployé.

Redonner du temps médical et soignant au patient

Afin de soulager les médecins et infirmiers, et de leur redonner du temps de soin, le déploiement d'outils tels que la télémédecine, la dictée numérique ou la reconnaissance vocale, sera nécessaire. La mise à disposition d'un réseau Wifi doit également leur permettre d'améliorer leur mobilité.

Sécuriser la prise en charge du patient

Afin de sécuriser la prise en charge des patients, le logiciel actuel de circuit du médicament sera migré et intégré au dossier patient informatisé. Le déploiement d'un réseau Wifi doit permettre de sécuriser l'administration des médicaments, au plus près du patient. Un travail sera réalisé avec le Département d'Information Médicale pour intégrer les résultats de biologie externes dans le dossier patient informatisé.

2. Support de processus interne

Optimiser les flux de facturation

Avec le Service de Relations avec les Usagers, un travail sera réalisé pour faciliter l'intégration des règlements dans le logiciel de facturation et le lien avec les différents organismes complémentaires. Avec les rédactrices des structures médico-sociales, une étude sera menée pour intégrer la facturation dans le logiciel de gestion administrative des résidents.

Étudier l'intégration dans le « système d'information patient communautaire »

Une étude d'opportunité pour intégrer ou non le Système d'Information Patient Communautaire (programme SIPC) mise en œuvre par le Groupement Hospitalier du Territoire d'Armor sera menée. La Fondation sera associée et attentive au déploiement de l'outil sélectionné.

Déploiement de nombreux outils

La DSIO prévoit le déploiement de nombreux outils pour faciliter le quotidien des services supports de la Fondation. En lien avec le service qualité / gestion des risques, la DSIO assurera le déploiement d'un logiciel de gestion de la qualité et des risques, ainsi qu'une gestion électronique documentaire. Avec la Direction des Ressources Humaines, la DSIO mettra en œuvre un logiciel d'aide au recrutement, un logiciel de gestion du temps de travail (plannings du personnel), et contribuera au projet social dans le déploiement d'outils en direction des salariés (portail salarié, dématérialisation des bulletins de paye, optimisation de la Base de Données Économiques et Sociales BDES).

Avec la Direction des Affaires Financières, la DSIO mettra en œuvre la dématérialisation des échanges bancaires, et sera partenaire du déploiement d'outils contribuant au contrôle budgétaire. La DSIO accompagnera la Direction Logistique Travaux et Achats sur le déploiement de logiciels de self, de commandes de repas et de gestion des maintenances.

D - LE DOMAINE TECHNIQUE



La DSIO intègre dans son portefeuille de projets de nombreux sujets techniques visant à fiabiliser l'infrastructure et à renforcer l'urbanisation du système d'information. Le déploiement d'un réseau Wifi est un projet attendu, en lien avec les projets mentionnés précédemment. Les projets de migration d'infrastructure concernent le renforcement des réseaux interne et externe, des systèmes (migrations des équipements en fin de vie et des systèmes d'exploitation serveurs), des applications d'infrastructure (impression, antivirus, sauvegarde) et du matériel du parc (ordinateurs, écrans).

E - LA SÉCURITÉ DU SYSTÈME D'INFORMATION



Les établissements de santé doivent assurer la sécurité des informations qu'ils gèrent. Cette thématique fait l'objet d'évolutions réglementaires et juridiques régulières. La Fondation prévoit de renforcer les dispositifs de gouvernance associés (révision de la charte d'utilisation du

système d'information, formalisation de procédure d'incident de sécurité du système d'information, formalisation d'une charte fournisseur), d'améliorer la gestion des accès au système d'information, la continuité des services informatiques, la protection des infrastructures et la sécurisation des terminaux.

F - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS



Le DSIO est également correspondant informatique et libertés de la Fondation. À ce titre, le service assure la veille juridique et réglementaire associée (en lien avec l'archiviste et la Direction Générale), réalise des actions de sensibilisation des professionnels, maintient le registre des traitements de la Fondation, et produit un bilan d'activité annuel de cette thématique.

A portrait of Thierry Le Crom, a middle-aged man with short grey hair, wearing a dark grey blazer over a light blue button-down shirt and dark trousers. He is standing against a dark grey background. A white speech bubble with a purple border is overlaid on the bottom left of the image, containing the text 'Rendre plus fluide, plus accessible et durable'.

Rendre plus fluide,
plus accessible et durable

“

Très gros chantiers prévus à Bégard dans les années à venir. Notre principe : adapter notre patrimoine et nos services logistiques à la nouvelle prise en charge des patients, à la réorganisation en cours et à l'affirmation d'une politique de partenariats qui renforce les équilibres locaux.

En effet, notre projet s'articule autour d'une gestion patrimoniale maîtrisée qui reflète totalement notre volonté de nous rapprocher de nos publics et de rénover notre site. L'essence même du projet architectural et économique révèle notre organisation qui s'incarne dans l'exercice d'une transversalité et d'une synergie des services.

Plus de 20 millions d'euros sont investis pour construire les nouveaux services ou en transférer d'autres. Un objectif : rendre nos services plus simples, plus accessibles avec des admissions centralisées. Cette dynamique, nous la partageons avec nos partenaires et tutelles [Mairie de Bégard, Conseil Départemental, Agence Régionale de Santé...] dans une logique de mutualisation des coûts et de développement durable. Les travaux de modernisation et de reconfiguration ont pour motivation une réduction de coûts et une efficacité des services. Nous adaptons nos périmètres logistiques aux nouveaux dimensionnements des services.

Enfin, le développement durable et respectable s'exprime dans notre projet à de nombreux niveaux : travail entre les services et suivi qualité des services ; suivi et pilotage des consommations [énergie, fluides] ; travail sur les espaces verts, la biodiversité en lien avec l'Agenda21 des collectivités territoriales. Autres missions rattachées à ce vaste projet : les dimensions liées à la sécurité des locaux ainsi qu'à la sécurité et à la santé au travail.

Thierry Le Crom

Directeur Logistique et Travaux / Achats et Sécurité

Projet logistique, économique, hôtelier et de sécurité

PROJETS IMMOBILIERS

A - Reconfigurer le site de Bégard	189
1. Regroupement des activités hospitalières du site de Bégard sur la partie haute de l'établissement.....	189
2. Regroupement des activités logistiques / techniques sur la partie centrale de l'établissement.....	189
3. Réflexion sur le devenir de la partie basse de l'établissement.....	190
4. Sécurisation des installations.....	190
5. Optimisation des coûts de maintenance	190
B - Rapprocher l'implantation des structures extra-hospitalières des hôpitaux de soins généraux et poursuivre la modernisation de ces dernières	190
1. Pôle ARMOR.....	190
2. Pôle ARGOAT	191
C - Poursuivre la rénovation / reconfiguration des locaux des structures médico-sociales	191
1. Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.....	191
2. Maison d'Accueil Spécialisée.....	191
3. Foyer d'Accueil Médicalisé.....	191

SERVICE TECHNIQUE / SÉCURITÉ	192
---	-----

SERVICES HÔTELIERS ET GÉNÉRAUX

A - Achats	193
B - Cuisine centrale	193
C - Lingerie	194
D - Magasin	194
E - Dispositifs médicaux	194
F - Hygiène hôtelière	194
G - Transports	194

DÉVELOPPEMENT DURABLE

A - Achats	195
B - Technique	195
C - Immobilier	195
D - Cuisine	195
E - Espaces verts	195
F - Déchets	196
G - Parc automobiles	196



Conformément aux valeurs de la Fondation, le projet logistique vise à l'amélioration des conditions d'accueil des résidents, patients et bénéficiaires des différents services et établissements et des conditions de travail des professionnels.

PROJETS IMMOBILIERS

Implanté depuis plus de 160 ans sur le site de Bégard par la Congrégation des Filles du Bon Sauveur de Caen, l'établissement psychiatrique originel s'est considérablement modifié passant de plus de 1 000 lits à 150 lits. Il s'ensuit un grand nombre de surfaces immobilières inoccupées sur un site qui totalise 22 hectares. Le patrimoine historique est doté d'une chapelle et d'un cloître non classés, mais non dépourvus de valeur architecturale dans un site arboré remarquable.

La diminution du nombre de lits a été rendue possible par les transferts d'activité vers les établissements médico-sociaux (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé, Foyer de vie, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) et par le développement des prises en charge en ambulatoire.

Les projets logistiques accompagnent donc ces évolutions majeures tant sur le site de Bégard dont le périmètre se concentre sur les hospitalisations « inévitables » et des services de proximité pour Bégard et ses environs (hôpitaux de jour et Centre Médico Psychologiques) que sur l'extra-hospitalier qui poursuit son développement et son rapprochement avec les centres urbains et tout particulièrement les hôpitaux généraux.

Le projet immobilier poursuit donc les objectifs suivants :

- Adapter le site historique de Bégard au contexte actuel :
- Diminution continue du nombre de patients

- Nouveau projet médical
- Demande de sécurité des patients et des personnels
- Optimisation des coûts de maintenance / entretien
- Rapprocher l'implantation des structures extrahospitalières des hôpitaux de soins généraux et poursuivre la modernisation de ces dernières
- Poursuivre la rénovation / reconfiguration des locaux des structures médico-sociales

A - RECONFIGURER LE SITE DE BÉGARD

1. Regroupement des activités hospitalières du site de Bégard sur la partie haute de l'établissement

Création d'un accueil centralisé avec l'implantation du Service des Relations avec les Usagers (SRU) dans les locaux de Saint-Luc (Locaux actuels du Service d'Accueil et d'Orientation) en lien avec l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation. Cet accueil sera au carrefour des unités d'hospitalisations de Ker-Avel, Saint-Luc et Sainte Camille.

Transfert de l'unité d'hospitalisation en soins sans consentement dont la capacité sera portée à 25 lits dans un nouveau bâtiment qui sera situé sur le terrain entre les deux unités d'hospitalisation libre. Le diagnostic, ci-dessus, a montré la progression importante des hospitalisations sans consentement et l'allongement des durées moyennes d'hospitalisation. Cela implique une augmentation de la capacité d'hospitalisation

et le rapprochement de l'unité Ker-Avel qui aura vocation à accueillir des patients en soins sans consentement.

Transformation des locaux du service Ker-Avel pour accueillir les patients du service Saint-Bernard, suite à la fermeture des locaux dans lesquels il est actuellement situé. Le nouveau service sera composé de 2 ailes séparées, l'une comptant 24 lits (zone fermable), l'autre comptant 11 lits (zone ouverte), sans compter les chambres d'isolement.

Rénovation du service de psychogériatrie dont la capacité sera diminuée à 20 lits. Le but des travaux sera d'améliorer le confort des patients en transformant les chambres doubles en chambres individuelles et de créer une zone de consultation indépendante du service. Cette organisation met en œuvre le projet médical qui prévoit un avis médical systématique avant toute hospitalisation.

Aménagement d'un nouveau plan de circulation sur la partie haute de l'établissement avec, entre autres, la création d'un nouvel accès vers le service Accueil / Admissions et aux unités hospitalières. Cet accès passera entre la cafétéria et l'hôpital de jour d'addictologie pour rejoindre directement les 3 unités d'admission.

Concernant le service socio-thérapeutique et socio-culturel, la **faisabilité de regrouper les différentes salles d'activité** sera à étudier afin de les rapprocher des patients.

2. Regroupement des activités logistiques / techniques sur la partie centrale de l'établissement

Aménager de nouveaux locaux logistiques : lingerie, locaux logistiques pour recevoir et expédier le linge à la blanchisserie inter-hospitalière de Tréguier, dispositifs médicaux...

Transférer la Direction du Système d'Information et de l'Organisation dans le bâtiment actuellement occupé par les personnels du Département d'Information Médicale et par celui des archives : installé dans des conditions inconfortables au sous-sol du bâtiment administratif ce service s'y verra proposer de meilleures conditions de travail.

Moderniser la Cuisine centrale dont les objectifs seront de :

- créer une zone de décontamination pour les bacs inox en retour des unités
- optimiser les temps de travail en réduisant les superficies occupées

Engager une réflexion sur :

- le transfert du self du personnel
- le regroupement des ateliers dans les anciens locaux de Sainte Camille

3. Réflexion sur le devenir de la partie basse de l'établissement

Démolir les bâtiments anciens aux toitures amiantées (forges, menuiserie...).

Aménager ces superficies laissées vacantes par des espaces verts.

4. Sécurisation des installations

Mettre aux normes l'ensemble des Systèmes de Sécurité Incendie des bâtiments comportant des locaux à sommeil (addictologie, unité de psychogériatrie, Ker-Avel, Saint-Luc, Foyer d'Accueil Médicalisé, EHPAD et Maison d'Accueil Spécialisée).

Mettre aux normes les installations de production d'Eau Chaude Sanitaire de tous les bâtiments par la modernisation des équipements ou bien par leur redimensionnement.

Sécuriser les accès aux bâtiments par le déploiement de badges en remplacement des lecteurs biométriques et des clés.

Sécuriser le site de Bégard : la sécurité du site de Bégard doit répondre à des impératifs de sécurisation sans tomber dans les excès d'une politique sécuritaire. Empêcher les intrusions malveillantes, sans enfermer le site et permettre tant la sortie des patients que l'entrée de la vie de la cité doit rester un objectif. Pour cela, il faudra clôturer l'enceinte, fermer les portails à 19 h, installer la vidéo-protection...

Déployer un système efficace de Protection des Travailleurs Isolés (DATI : Dispositif d'Alerte pour

Travailleur Isolé) : la sécurité des personnels est un impératif que poursuit la Direction en lien avec le CHSCT. L'enquête auprès du personnel mentionnée dans le projet social montre les attentes des personnels en matière de sécurité.

5. Optimisation des coûts de maintenance

Réduire les surfaces au strict nécessaire des besoins d'hospitalisation et de la logistique

Mutualiser les infrastructures techniques et logistiques

- Chaufferie biomasse qui peut être mutualisée avec les collectivités locales (collège, mairie...).
- Cuisine centrale

Déployer l'outil national de gestion immobilière des établissements de santé : OPHELIE

B - RAPPROCHER L'IMPLANTATION DES STRUCTURES EXTRA-HOSPITALIÈRES DES HÔPITAUX DE SOINS GÉNÉRAUX ET POURSUIVRE LA MODERNISATION DE CES DERNIÈRES



1. Pôle ARMOR

a. Lannion

Planter et regrouper les structures sur le site du Centre Hospitalier de Lannion par construction neuve ou bien par réutilisation de locaux laissés vacants par le Centre Hospitalier. Un des axes forts du projet médical est le rapprochement avec les centres hospitaliers généraux,

tant pour des raisons de synergie de fonctionnement entre les équipes, que dans une logique de parcours des patients :

- Etude sur la faisabilité de transférer les activités du pôle adultes de la Fondation (Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et Hôpital de jour) sur le site du Centre Hospitalier de Lannion.
- Etude sur la faisabilité de transférer l'ensemble des activités du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie sur le site du Centre Hospitalier de Lannion.

b. Paimpol

b.1. Pôle de pédopsychiatrie

Transférer l'hôpital de jour enfants dans l'ancienne école de Kerity (locaux de plain-pied avec une grande cour extérieure, espaces verts et distance par rapport à la route).

Transférer le Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents dans les locaux actuels de l'hôpital de jour enfants, rue du Maréchal Leclerc.

b.2. Pôle de psychiatrie pour adultes

Aménager le site de psychiatrie adultes de Paimpol, situé rue du 18 juin, pour recevoir les activités du Centre Médico-Psychologique de Trédarzec, qui sera fermé. Toutes les activités (Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et Hôpital de jour) seront ainsi regroupées sur un même site.

2. Pôle ARGOAT

a. Guingamp

a.1. Pôle de pédopsychiatrie

Construire les locaux du pôle Infanto-Juvenile (Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et Hôpital de jour) à proximité du Centre Hospitalier de Guingamp.

a.2. Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Engager une réflexion sur la possibilité de transférer les locaux sur le site du Centre Hospitalier de Guingamp.

b. Bégard

Transférer le Centre Médico-Psychologique vers des locaux situés en dehors ou à la limite de l'enceinte hospitalière. Cette orientation est conforme au projet de soins et rendrait plus lisible et distincte l'offre de soins ambulatoires qui sera renforcée sur le site de Bégard.

Aménager les locaux dédiés au dispositif des « trois logis ». La Fondation développe une offre d'hébergement pour d'anciens patients et met à disposition temporairement, et conformément au projet de soins et d'accompagnement, des appartements sur le site de Bégard.

C - POURSUIVRE LA RÉNOVATION / RECONFIGURATION DES LOCAUX DES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES



1. Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Transférer le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de Plourivo à Paimpol après la réalisation de travaux dans une partie de l'école de Kerno, que la Fondation va acquérir.

Transférer dans de nouveaux locaux construits par Côtes d'Armor Habitat, au Forlac'h, **le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de Lannion.**

2. Maison d'Accueil Spécialisée

Transférer les résidents de l'unité 3 de la Maison d'Accueil Spécialisée sur l'autre unité de la Maison d'Accueil Spécialisée par :

- La création d'une extension pour y implanter l'activité de jour des patients autistes.
- La reconfiguration des locaux pour optimiser les superficies.

Mutualiser les locaux communs aux 3 sous-unités de la Maison d'Accueil Spécialisée :

- Création d'une entrée commune, vestiaires communs.
- Positionnement des services administratifs / encadrement au cœur de la structure.

Réaliser des aménagements pour accompagner le vieillissement des résidents :

- Installation de rails dans les chambres et dans certaines salles communes de la Maison d'Accueil Spécialisée.

3. Foyer d'Accueil Médicalisé

Terminer les travaux visant à créer 16 chambres supplémentaires et 2 salons supplémentaires.

Réaliser des aménagements pour accompagner le vieillissement des résidents :

- Installation de rails dans les chambres et dans certaines salles communes.

Engager une réflexion sur la possibilité de créer une zone logistique commune aux 3 sous-unités.



Thierry Le Crom
Directeur Logistique Travaux, Achats
et Sécurité

Toutes les évolutions proposées dans le cadre des travaux de modernisation, en cours et prévus, le sont avec une motivation, une participation et un investissement forts des personnels concernés.

SERVICE TECHNIQUE / SÉCURITÉ

Développer une relation client / fournisseur

- Suivre les bons de travaux informatiques
- Développer l'entretien et la maintenance préventive
- Privilégier les travaux / entretien au plus proche des patients, au détriment parfois des chantiers

Moderniser les outils de gestion

- Mise en place d'une gestion technique centralisée de type WIT (suivi des consommations énergies et fluides, des températures, détection et prévention des pannes...)

Développer de nouvelles compétences au service technique :

- en lien avec les orientations du projet d'établissement et de la politique de Développement Durable :
 - Gestion plus fine des consommations d'énergie
 - Nouvelles techniques d'entretien des espaces verts avec la réduction / suppression des produits phytosanitaires
- en lien avec le développement de nouvelles technologies au sein des services techniques :
 - Mise en place d'une gestion technique centralisée des bâtiments
 - Identification des tâches réalisées en interne et des tâches sous-traitées

- en lien avec les départs en retraite annoncés au sein du service électricité et du service entretien des bâtiments :
 - Prévoir les formations liées à ces nouvelles compétences

Regrouper et rapprocher les ateliers sur la partie centrale de l'établissement qui dispose de surfaces vacantes suite au transfert du service Sainte Camille dans de nouveaux locaux.

Développer des collaborations avec les hôpitaux généraux pour certaines maintenances, ce qui permettrait de limiter certains déplacements.

Définir le rôle du service de sécurité :

- Identifier les missions relevant de la sécurité et celles relevant du technique (dispositif d'alerte des travailleurs isolés, gestion des accès, organismes de vérification...)
- Poursuivre les formations incendie au centre de formation
- Développer les formations incendie dans les services de soin

SERVICES HÔTELIERS ET GÉNÉRAUX

A - ACHATS



Définir une politique d'achats :

- S'orienter vers l'acheteur unique conformément aux demandes des instances de tutelle
- Développer une politique d'achats écoresponsable

Identifier clairement le poste d'acheteur au sein de la Fondation

Etudier les coopérations possibles en matière d'achat avec le Groupement Hospitalier de Territoire ou les différentes centrales d'achats (Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Achats Santé Bretagne, Le Cèdre, Centrale d'achats de la FEHAP - SARA...).

Collaborer avec le service Contrôle de Gestion pour le suivi des consommations par service et échanges réguliers avec les services sur les pratiques.

B - CUISINE CENTRALE



Moderniser la cuisine centrale et le restaurant d'entreprise :

- Optimiser et améliorer les conditions de travail (regroupement des postes de travail, création

d'une zone de décontamination, ergonomie des postes ...),

- Investir dans des matériels plus performants, moins énergivores, moins consommateurs d'eau (écoresponsable), plus ergonomiques...
- Mettre en place un logiciel adapté et interactif (ex : datameal, webfil, ...) pour la gestion des commandes de repas, des régimes, des bons de production,
- Remplacer le logiciel de gestion des cartes au restaurant d'entreprise.

Optimiser les coûts de production afin de rapprocher le coût du repas du prix de marché :

- Adapter l'effectif aux évolutions de la Fondation (virage ambulatoire avec la diminution des lits, arrêts de clients « historiques »...),
- Mettre en place des tableaux de bord pour le suivi budgétaire en lien avec la Direction des Affaires Financières et le Contrôle de gestion,
- Impliquer les personnels de la cuisine dans ce suivi budgétaire par des réunions trimestrielles d'informations et d'échanges,
- Concernant la fourniture des denrées alimentaires, être à la recherche de la meilleure plateforme d'achats (prestataires privés, Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), Centres Hospitalier publics ou groupements coopératifs du type Le Cèdre),
- Étudier toutes les formes de mutualisation possibles avec les partenaires locaux (collectivités locales, centres hospitaliers locaux...).

Développer les compétences internes (formation aux nouvelles techniques de cuisson, aux nouveaux

matériels, à l'animation dans les services, formation continue à l'évolution de la restauration collective).

Développer l'importance de la cuisine centrale

dans la vie institutionnelle de la Fondation :

- Implication des personnels dans le projet de la Fondation
- Existence d'un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) actif
- Développement des projets nutritionnels (repas mixés ; régimes...)
- Déploiement des bacs gastronomiques inox qui permettent une meilleure présentation des plats et un meilleur service pour les patients / résidents
- Développement de la valeur ajoutée de la cuisine par la présence régulière des personnels de la cuisine centrale dans les services pour la mise en œuvre d'animations au plus près des patients / résidents

Développer une relation directe clients-fournisseurs

entre la cuisine et les cuisines satellites

Développer l'implication de la cuisine centrale

dans la politique de Développement Durable et dans l'enracinement local de la Fondation :

- Lutter contre le gaspillage alimentaire : sensibilisation de la cuisine centrale, du restaurant d'entreprise et des cuisines satellites par des actions concrètes, des achats alimentaires au plus juste :
 - Achats de légumes frais
 - Référencement de fournisseurs locaux
 - Opérations ponctuelles d'achats de produits issus de la culture biologique

C - LINGERIE



Développer une relation directe clients-fournisseurs entre l'équipe lingerie et les unités (point sur la prestation linge, gestion des litiges et réclamations, gestion des tenues de travail...).

Pérenniser le partenariat avec le GIP-Groupement d'Intérêt Public de Tréguier, qui assure la totalité de la prestation lavage du linge (linge plat, tenues professionnelles, linge patients-résidents, franges et microfibrés) en améliorant la qualité.

Développer les synergies avec les autres services logistiques de la Fondation (magasin, transport).

D - MAGASIN



Adapter l'activité du magasin et ses missions à la nouvelle configuration de la Fondation.

Limiter les manutentions manuelles et les ports de charge en réfléchissant à l'organisation et en adaptant les locaux (livraison de l'eau, collecte des cartons usagés...).

Réfléchir sur les pratiques (dotation pour l'approvisionnement des services, développement d'outils informatiques interactifs...).

Développer les synergies avec les autres services logistiques de la Fondation (magasin, transport).

E - DISPOSITIFS MÉDICAUX



Identifier le temps nécessaire à la gestion des dispositifs médicaux et les missions y incombant (maintenance interne, maintenance externe, vérifications obligatoires...).

Déterminer les professionnels qui en sont responsables et les identifier clairement sur l'organigramme de la Fondation.

Etudier toutes les propositions qui permettent de rationaliser et d'optimiser la gestion des dispositifs médicaux en lien avec les achats et le magasin.

F - HYGIÈNE HÔTELIÈRE



Prise en charge de l'entretien des sols des parties communes des structures extra et intra-hospitalières.

Investissement matériels : les nouveaux matériels permettent de diminuer / supprimer la consommation de produits chimiques (écoresponsable).

G - TRANSPORTS



Compte-tenu du nombre de transports organisés chaque jour par rapport aux volumes transportés, identifier les transports à conserver et ceux à mutualiser (la pertinence de livraison de repas sur Paimpol, les analyses de laboratoire à Lannion, l'arrivée prochaine du dossier patient informatisé, la livraison par la cuisine le week-end alors que la liaison froide est en place et que les

offices sont très grands, sont des points méritant d'être analysés).

Réflexion sur les transports mutualisables en interne et en externe avec le regroupement de tournées et la création d'un service transport.

Participation à la réflexion du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor sur les flux.

DÉVELOPPEMENT DURABLE

La politique de développement durable de la Fondation porte sur trois piliers qui soutiennent le développement durable : l'environnemental, le social et l'économique.

S'agissant de l'environnemental, la Fondation s'attache à rendre ses bâtiments moins consommateurs d'énergie. Elle vise une politique d'achats et de transports plus responsable et le projet social développe le concept de qualité de vie au travail.

La Fondation définira, avant la fin 2018, des objectifs chiffrés et précis issus du plan d'actions développé ci-dessous :

- Définir et écrire une politique de développement durable au sein de la Fondation
- Compte-tenu de l'enracinement local de l'établissement et de son rapprochement avec les établissements de santé locaux, travailler en lien avec les différents partenaires et se rapprocher de leur agenda COP21
- Identifier un référent développement durable au niveau de la Fondation

A - ACHATS

Engager une réflexion sur les pratiques afin de réduire les consommations (centrale de diffusion, matériel de nettoyage de type Rotowash qui permettent de supprimer la consommation de produits chimiques)

Développer les achats de produits écolabel

Favoriser les circuits courts et les producteurs / distributeurs locaux

Favoriser les entreprises de travail adapté

B - TECHNIQUE

Mettre en place un système de suivi (en temps réel) des consommations d'énergie et d'eau (équipement WIT retenu)

Former et sensibiliser les professionnels des services techniques à ces données

Identifier un gestionnaire énergie au sein du service technique

Redéfinir les secteurs qui doivent rester éclairés en permanence

Concernant le site de Bégard, **mettre en conformité les réseaux eaux usés / eaux pluviales**

Moderniser le réseau d'adduction à l'eau potable afin de limiter les fuites d'eau

Mettre à jour le bilan Gaz à Effet de Serres (GES) et le plan d'actions à mettre en œuvre

C - IMMOBILIER

Adapter les superficies à l'activité réelle, ce qui conduira à une réduction des superficies

Améliorer de façon permanente la qualité énergétique des bâtiments contre le froid et contre la chaleur (pose de stores, brise-soleil...)

Moderniser de façon constante les installations électriques (éclairage LED, détecteur de présence...)

D - CUISINE

Engager une réflexion sur les pratiques afin de réduire les différentes consommations (consommation d'eau liée au lavage, consommation d'électricité en réduisant les amplitudes de production, bacs inox pour réduire les consommations à usage unique...)

Lutter contre le gaspillage alimentaire

Favoriser les approvisionnements en circuit court avec des fournisseurs locaux et régionaux

Favoriser les entreprises de travail adapté pour la fourniture de denrées

Étudier la faisabilité de développer les produits bio

E - ESPACES VERTS

Tendre vers la disparition des produits phytosanitaires polluants

Former les jardiniers aux nouvelles techniques d'entretien des espaces verts

Par rapport à la sous-traitance, **être vigilant sur le contenu du contrat et la nature des prestations proposées**

Compte-tenu de la taille du parc du site de Bégard, **développer les solutions d'entretien de type éco-pâturage**

Mettre en œuvre un programme de plantation d'arbres (les espaces verts sont souvent très horizontaux)

Par rapport aux espaces laissés vacants suite aux démolitions sur la partie basse de l'enceinte de Bégard, **aménager un parc**

F - DÉCHETS



Poursuivre et affiner le tri des déchets dans tous les services de l'établissement

G - PARC AUTOMOBILES




Compte-tenu de la nature du parc automobiles actuel qui est entièrement diesel, engager une réflexion sur le meilleur compromis coût d'achat / entretien / consommation / pollution **pour déterminer le type de véhicules à acheter**

Limiter les déplacements

Etudier l'intérêt et la faisabilité de la mise en œuvre de bornes de recharge pour véhicules électriques



A portrait of Anne Tesnière, a woman with short blonde hair and glasses, wearing a blue long-sleeved top and blue jeans. She is standing with her arms crossed against a dark grey background. A pink speech bubble graphic is overlaid on the bottom left of the image, containing the text 'L'esprit de l'ouverture et de la curiosité'.

L'esprit de l'ouverture et de la curiosité

“

160 années d'existence pourraient ériger l'histoire et le patrimoine en dynamique culturelle. Mais la Fondation a bien d'autres ambitions et c'est bien dans l'actualité et les besoins de ses patients qu'elle fonde ce nouveau projet culturel pour les cinq années à venir.

Les pratiques sportives et culturelles s'inscrivent parfaitement dans l'amélioration des modalités d'accompagnement du patient. Par ailleurs, l'ouverture et la création de partenariats originaux doivent s'exprimer de manière pertinente dans le projet. La création de liens avec les lieux de diffusion et d'expression extérieurs [MJC Bégard, Carré Magique Lannion...], tout comme les interventions d'art thérapeutes, de musicothérapeutes, d'animateurs sportifs ou encore la bibliothèque ambulante, 'le triporteur à bouquins', sont autant d'éléments qui donnent de la force, de la douceur et du sens au parcours de soin et de vie des patients et des résidents.

2017 a été une année où le patrimoine a pris de la place dans le projet culturel, les années qui vont suivre vont affirmer la place du patient dans cet espace patrimonial et culturel et donner du sens aux actions qui vont s'organiser en lien avec la commission culturelle de la Fondation.

Anne Tesnière

Responsable du Service Socio-Thérapeutique et Socio-Culturel

Le projet culturel

FINALITÉ	199
OBJECTIF GÉNÉRAL	199
DISPOSITIF	200

FINALITÉ

L'accès à la culture est un déterminant d'insertion sociale. Les patients de psychiatrie ou les usagers souffrant d'un handicap psychique sont souvent stigmatisés ou, du fait de leur pathologie, s'isolent de la société. Le projet a pour finalité de les aider à restaurer leur estime d'eux-mêmes et de les valoriser en tant qu'acteurs culturels locaux.

L'objectif est aussi d'ouvrir la Fondation sur l'extérieur et de partager son potentiel culturel et patrimonial.

OBJECTIF GÉNÉRAL

Développer des activités culturelles adaptées à chaque étape du parcours de soins ou de vie de la personne qu'elle soit prise en soins, accompagnée ou accueillie dans les lieux de vie médico-sociaux de la Fondation.



DISPOSITIF

Afin de favoriser la culture au service de l'utilisateur les actions sont centrées sur les 5 axes suivants :

- **Redéfinir le projet culturel et consolider sa gouvernance** en impliquant les patients dans les instances et la démarche de révision (enquêtes de satisfactions / sondages).
- **Développer le tissu local** pour faire vivre la culture afin de créer un réseau culturel d'ampleur porteur d'une programmation événementielle.
- **Développer les activités culturelles** équilibrées entre intra et extrahospitalier et assurer une programmation culturelle de qualité et variée par une diffusion efficace (brochure annuelle ; intranet ; livret des nouveaux arrivants).
- **Valoriser le patrimoine de la Fondation** Bon Sauveur de Bégard en vue de créer un lieu de mémoire retraçant l'évolution de la psychiatrie et de ses pratiques depuis la création du Centre Hospitalier Spécialisé il y a 160 ans.
- **Dynamiser l'implication des soignants** dans la culture et ses bienfaits auprès des patients.

La mise en œuvre de ces 5 axes s'appuiera sur un certain nombre de mutations en cours :

- **Les passerelles entre sanitaire, social et médico-social** constituent un levier favorable au travail de réseau et de collaboration entre partenaires de santé mentale,
- **La mise en place des Journées des Fondations** en partenariat avec les deux autres Fondations Bon Sauveur peut permettre une stimulation inter-projets,
- **La refonte du site internet et du site intranet** constitue une opportunité de concevoir une meilleure communication des actions culturelles,
- **La prise en compte du versant culturel** au sein de l'Institution depuis de nombreuses années signe l'engagement des responsables dans les projets d'insertion des usagers par la culture,
- **La transmission des savoirs entre les anciens et les nouveaux salariés** permet une transition et un renouvellement des professionnels qui peut constituer une opportunité de relance dynamique du projet culturel.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Redéfinir le projet culturel et consolider sa gouvernance	Déterminer un référent culturel chargé de l'organisation du projet culturel et de la recherche de subventions	2018
	Engager une démarche de révision du projet culturel associant les parties prenantes de la Fondation mais aussi des partenaires de proximité (Groupement Hospitalier de Territoire, Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Social, Universités ...)	2017 - 2021
	Définir un axe d'évaluation des actions entreprises sollicitant les usagers et les partenaires	2018
	Définir un budget dédié et concevoir un tissu de référents professionnels motivés	2018
Développer le tissu culturel local	Créer un réseau culturel inter-institutions	2017 - 2021
	Créer un guide régional, départemental de la culture au sein des établissements en santé mentale	2019
	Élaborer une procédure événementielle avec un réseau médiatique ciblé	2018
	Assurer une programmation culturelle de qualité et variée par une diffusion efficiente (brochure annuelle ; intranet ; livret des nouveaux arrivants)	2018
	Créer un book des actions culturelles réalisées	2018
Développer des activités culturelles équilibrées entre intra et extra hospitalier	Développer les activités adaptées à destination de l'extrahospitalier	2018
Valoriser le patrimoine de la Fondation	Créer un lieu de mémoire ; revoir l'exposition permanente du cloître et mettre en valeur la chapelle (visites guidées...)	2017

A portrait of Murielle Trouvé, a woman with short brown hair, wearing a white button-down shirt and dark trousers. She is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is a plain, light grey color.

Déployer toutes les dimensions de la communication au nouveau projet

“

La Fondation Bon Sauveur est un acteur économique important. Sa stabilité et son histoire constituent des éléments pertinents pour organiser et articuler sa valorisation et sa communication.

Au double titre d'une entreprise qui participe à la richesse et au développement de son territoire et d'un service à un public fragile, elle doit savoir donner toutes les dimensions de l'information, de la communication, de la promotion et de la participation à son nouveau projet et aux actions qui vont en découler. L'objectif est de tracer une stratégie de communication adaptée aux différents publics concernés de près ou de loin par la Fondation. Le principe n'est pas de multiplier les supports, ni non plus de réfléchir en solutions immédiates, mais bien de construire et d'adapter une politique cohérente en interne et déclinée en externe qui sache affirmer et partager le récit de la Fondation, valoriser les femmes et les hommes qui y œuvrent au service de leurs concitoyens les plus fragiles, promouvoir les savoir-faire d'excellence et les initiatives originales, affirmer une image voulue. La communication doit servir en outre la construction d'un réseau et l'affirmation d'une complicité avec les partenaires potentiels, les autres acteurs du territoire et tous les interlocuteurs de la Fondation.

Cette communication doit générer une reconnaissance locale, régionale voire nationale pour faciliter les recrutements, montrer et démontrer la légitimité de la Fondation à être demain l'élément fédérateur, novateur et mobilisateur dans le domaine de la santé mentale.

Murielle Trouvé
Secrétaire Générale

Le projet communication

FINALITÉ203
OBJECTIF GÉNÉRAL203
DISPOSITIF204

FINALITÉ

Développer une communication institutionnelle au service du projet de la Fondation, diffuser une image externe incarnant la compétence et le dynamisme de l'Institution, communiquer au service du patient et de son entourage : faire connaître, expliquer, favoriser la circulation et le partage de l'information pour une communication plus interactive, porter une politique d'ouverture et d'échanges.

OBJECTIF GÉNÉRAL

Mettre en place une véritable politique de communication en interne, en externe, avec des vecteurs de diffusion adaptés et cohérents.

DISPOSITIF

Accompagner le projet de la Fondation, et notamment le volet médical et de soins :

- Dans sa politique de régulation des admissions :
 - création d'outils de communication clairs, pratiques et fiables à destination des professionnels de santé et des usagers (lecture facile par pictogrammes, limitation de l'usage des acronymes...).

Actualiser et clarifier la communication :

- En laissant la parole aux usagers (Forum Citoyen ; projet « usagers » ; Maison des Usagers ; revue de presse « usagers », programmation d'événements usagers-professionnels autour de thématiques diverses).
- Dans sa politique de recrutement médical :
 - Renforcer l'attractivité de la Fondation (site internet, participation aux salons de recrutement médicaux et infirmiers (outils de communication adaptés, congrès, communication spécifique à l'égard des internes...)).
- Dans sa politique d'ancrage de l'Institution sur le territoire (diffusion ciblée auprès des médias ; mutualisation dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire...).

Renforcer le sentiment d'appartenance à la Fondation (valorisation des métiers, des activités, du patrimoine, revue de presse « professionnels »...) :

- Disposer d'une batterie de supports permettant à tout moment de présenter

l'établissement et ses projets : (classeurs de documents).

- Transmettre une information claire et ciblée auprès de chaque professionnel, usager, partenaire extérieur...
- Développer le site intranet par une interface interactive, intuitive et spécifique (onglets par direction opérationnelle, instances...).
- Actualiser le site internet, le logiciel de Gestion Documentaire et développer l'accessibilité de l'information aux structures extra-hospitalières et aux professionnels non équipés de postes informatiques.
- Garantir la diffusion d'une lettre mensuelle « Les Brèves ».
- Poursuivre la publication du journal interne « Initiales » - périodicité à définir et ancrer les contenus sur les pratiques et les réflexions professionnelles avec témoignages de professionnels, de patients, un point sur les projets et les évolutions de l'Institution, les actualités, les ressources humaines, les publications en psychiatrie...
- Créer une brochure externe à destination des élus, médecins libéraux, responsables d'établissements, pompiers, forces de l'ordre...) reprenant des articles brefs, variés, pratiques et des organigrammes et spécificités des services de la Fondation.
- Créer une brochure spécifique à destination des usagers de type Bande Dessinée sur les activités et le fonctionnement des unités, des dispositifs et des structures.

- Assurer une veille réglementaire, législative, environnementale, thématique en lien avec le Centre d'Information et de Documentation de la Fondation et les autres établissements de santé similaires.


Redéfinir l'organisation du service communication :

- Elargir les compétences actuelles et développer les outils techniques et technologiques.
- Définir le circuit de transmission des commandes et données.
- Désigner des référents communication au sein des services.
- Délimiter ce qui tient lieu de la communication (externaliser la signalétique et la reprographie).
- Revoir la politique événementielle (procédure interne et promotion auprès de la presse écrite et audiovisuelle...).
- Mettre en place des comités de rédaction pluri-professionnels réactifs et impliqués.
- Désigner des contributeurs pour alimenter le site internet sur le volet Ressources Humaines, Qualité, activités thérapeutiques et culturelles, affaires générales.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	MOYENS	CALENDRIER
Accompagner le projet d'établissement, et notamment le volet médical et de soins	Accompagner le projet de la Fondation, et notamment le volet médical (9 axes) et de soins (parcours du patient et dispositifs transversaux) :	En interne : · Lettre mensuelle · Site internet	2017
	· préparer, accompagner et consolider les changements organisationnels, stratégiques, structurels et architecturaux : - Favoriser le partage d'informations - Favoriser la communication au sein de chaque pôle de psychiatrie	· Synthèse du Projet Fondation · Assemblée Générale · Brochures à destination des usagers	2018
	· assurer pour les partenaires, les usagers et le grand public, une bonne lisibilité de l'évolution de l'établissement et des actions engagées : - Créer des outils de communication clairs, pratiques et fiables à destination des professionnels de santé et des usagers · Dynamiser la communication interne pour assurer une communication cohérente, responsabiliser et impliquer les acteurs de la Fondation	En externe : · Médias locaux, départementaux et régionaux · Sites des partenaires · Sites des autorités de tutelles	2018

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	MOYENS	CALENDRIER
Transmettre une information claire et ciblée auprès de chaque professionnel, usager, partenaire extérieur...	Laisser la parole aux usagers	Réactualiser le site internet	2018
	Renforcer l'attractivité de la Fondation	Salons de recrutements médicaux (outils de communication adaptés)	2018 - 2021
	Développer le site intranet par une interface interactive, intuitive et spécifique (onglets par direction opérationnelle, instances...)	Communication ciblée à l'égard des internes	2018
	Valoriser les pratiques et les réflexions professionnelles avec témoignages de professionnels, de patients, un point sur les projets et les évolutions de la Fondation, les actualités, les ressources humaines, les publications en psychiatrie...	Revue de presse « usagers »	2018
	Changer de logiciel de Gestion Documentaire	Programmation d'évènements usagers-professionnels autour de thématiques (pathologies, addictions, insertion sociale...)	2018 - 2021
	Développer l'accessibilité de l'information aux structures extrahospitalières et aux professionnels non équipés de postes informatiques	Poursuite du journal interne « Initiales » - tous les trois mois	2017
	Préserver la confidentialité et la sécurité des informations	Mise en place d'une lettre flash	2017
	Développer la communication de la Fondation sur son territoire et à destination des élus, médecins libéraux, responsables d'établissements, pompiers, forces de l'ordre...)	Pour les élus, professionnels de santé... brochure reprenant des articles brefs, variés, pratiques et des organigrammes et spécificités des services de la Fondation	2018
	Améliorer la communication à destination des usagers	Pour les usagers, privilégier une brochure de type Bande Dessinée sur les activités et le fonctionnement des établissements	2018

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	DESCRIPTION	CALENDRIER
Assurer une veille réglementaire, législative, environnementale	Rester en capacité de comparer les résultats de la Fondation avec les autres établissements du même type	2017 - 2021
	Assurer la réactivité face aux changements réglementaires et législatifs	
Redéfinir l'organisation du service communication	Elargir les compétences actuelles et développer les outils techniques et technologiques	2018 - 2021
	Définir le circuit de transmission des commandes et données	2018
	Désigner des référents communication au sein des services	2018
	Délimiter ce qui tient lieu de la communication (externaliser la signalétique et la reprographie)	2018
	Revoir la politique événementielle (procédure interne et promotion auprès de la presse écrite et audiovisuelle...)	2018
	Mettre en place des comités de rédaction pluri-professionnels réactifs et impliqués	2018
	Désigner des contributeurs pour alimenter le site internet	2017

A portrait of Laurent Alperin, a man with a beard and short hair, wearing a light blue sweater over a white collared shirt and khaki trousers. He is smiling and standing against a dark grey background. A white speech bubble with a red border is overlaid on the image, containing the text.

Optimiser nos moyens et leur donner le sens de l'Homme

“

L'économie doit nous permettre de nous consacrer à l'homme. Nous gérons des fonds et notre principe d'actions est de rendre le meilleur service et de les gérer au mieux pour le bien être des patients et des salariés. Aujourd'hui, l'optimisation des systèmes d'information fait que nous avons une excellente visibilité sur la diversité des éléments à gérer. Nous sommes dépositaires de fonds publics, donc nous nous devons d'être justes, transparents, pertinents et innovants dans nos propositions. Nous sommes à la source des choix et des arbitrages. Pour faire les choix les plus appropriés aux ambitions de la Fondation et les plus pertinents à l'expression et l'incarnation de ses valeurs, nous travaillons conjointement avec chaque acteur de chaque service. Dans le secteur médico-social en élaborant des contrats d'objectifs et de moyens avec nos deux partenaires principaux : le Conseil Départemental des Côtes d'Armor et l'Agence Régionale de Santé, nous participons à une organisation sociale plus fondée. Dans le secteur hospitalier où la situation peut paraître plus complexe, nous participons au virage ambulatoire. Plusieurs budgets déconcentrés, gérés par les pôles font partie intégrante des contrats de pôles qui se mettent en place. Quatorze budgets différents composent le budget global de la Fondation. Sur les cinq prochaines années, les plans d'investissements sont importants.

À la Fondation, 70% des dépenses sont consacrées aux frais de personnel. Nos conditions d'exercice sont jusqu'alors confortables, il nous faut savoir garder cette capacité pour apporter le meilleur service. Avec une Congrégation riche de cent soixante années d'existence, et une Fondation qui a été créée en 1988, nous adaptions notre budget de 50 millions d'euros en améliorant les éléments de pilotage, de projection et de comparaison à d'autres établissements. Nous utilisons notamment les sources et les méthodes d'harmonisation et d'évaluation de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance.

Laurent Alperin

Responsable des Affaires Financières

Projet d'optimisation des moyens financiers

LES AXES STRATÉGIQUES

A - Axe 1 : Préserver l'équilibre financier tout en accompagnant financièrement les différents projets d'investissement	211
1. Objectif 1 : Respecter les Programmes Pluriannuels d'Investissement (PPI)	211
2. Objectif 2 : Respecter les Plans Globaux de Financement Pluriannuels (PGFP)	211
3. Objectif 3 : Améliorer la procédure de contrôle budgétaire	212
B - Axe 2 : Mise en place d'un pilotage médico-économique	213
1. Objectif 1 : Mettre en place les contrats de pôle	213
2. Objectif 2 : Améliorer les outils de pilotage	213
C - Axe 3 : Contrôle interne / transparence financière	215
1. Objectif 1 : Écrire les procédures décrivant les processus et effectuer la cartographie des risques financiers	215
2. Objectif 2 : Mutualiser les fonctions support par la création d'un siège social de la Fondation Bon Sauveur de Bégard	215
3. Objectif 3 : Mettre en place un logiciel de stock au niveau des achats	216

D - Axe 4 : Accompagnement des changements législatifs et réglementaires	216
1. Objectif 1 : Mettre en place l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans les établissements sociaux et médico-sociaux	216
2. Objectif 2 : Accompagner les réformes tarifaires en cours	216
3. Objectif 3 : Accompagner budgétairement l'évolution de la masse salariale au regard de la mise en œuvre du Crédit d'Impôt de Taxes sur les Salaires (CITS)	217



Laurent Alpérin
Responsable des Affaires Financières

Les plans d'investissement concourent à des améliorations au bénéfice de tous, tant dans les conditions d'accueil des patients et des usagers que dans celles liées au travail.

L'optimisation de l'efficacité économique et organisationnelle est un axe stratégique majeur du projet Fondation 2017-2021. Cette optimisation est destinée à l'amélioration des conditions de vie et de prise en charge des patients et usagers. Elle est une condition à la préservation de l'emploi au sein de la Fondation Bon Sauveur (préserver l'équilibre, c'est aussi préserver l'emploi).

La recherche de l'efficacité est justifiée par l'obligation de rechercher le meilleur usage possible des moyens publics mis à disposition de la Fondation.

Cette « ardente obligation » a été rendue plus aigüe par l'absence de valorisation des financements, aussi bien dans le secteur sanitaire que dans le secteur social et médico-social.

Au niveau de la Fondation Bon Sauveur, cette recherche revêt une importance d'autant plus grande que la recherche de l'équilibre financier doit être conciliée avec des investissements indispensables.

Pour autant, la recherche de l'efficacité et de la performance ne peut se réduire à sa simple dimension budgétaire. Elle doit également prendre en compte une approche par processus et par « relations de service ». Sur ce dernier point, le Système d'Information (SI) fera l'objet d'un objectif à part, tant la sécurité du Système d'Information est une base incontournable à tout autre projet d'organisation.

Le service financier est le leader de cette recherche d'optimisation financière. Composé de six personnes, il établit annuellement un budget

et des comptes annuels pour le centre hospitalier, les six établissements sociaux et médico-sociaux et le siège de la Fondation Bon Sauveur, ainsi que pour le Groupement de Coopération Sanitaire en Santé Mentale des Côtes d'Armor et le Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale Bretagne Solidarité.

Le contexte économique

L'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie est de plus en plus contraignant.

Parmi les économies hospitalières recherchées, figure le virage ambulatoire. Pour ce qui concerne la psychiatrie, la Bretagne est toujours considérée comme une région sur-dotée en lits d'hospitalisation d'où une péréquation négative pour la dotation régionale.

LES AXES STRATÉGIQUES

A - AXE 1 : PRÉSERVER L'ÉQUILIBRE FINANCIER TOUT EN ACCOMPAGNANT FINANCIÈREMENT LES DIFFÉRENTS PROJETS D'INVESTISSEMENT



La situation financière de la Fondation Bon Sauveur est saine, à l'équilibre depuis plusieurs années.

La dotation annuelle de financement par file active de la Fondation Bon Sauveur est égale à 3 149 €. Cette valeur est la plus basse des établissements de même catégorie.

La dotation annuelle de financement par journée de la Fondation Bon Sauveur est égale à 325 €. Cette valeur est supérieure à celle des autres établissements bretons de même catégorie 287 €.

1. Objectif 1 : Respecter les Programmes Pluriannuels d'Investissement (PPI)

Le ralentissement des investissements au cours des années précédentes a contribué à préserver l'équilibre budgétaire. En revanche, il s'ensuit un retard dans les opérations d'investissement pourtant incontournables.

Les Programmes Pluriannuels d'Investissement présent, sur la base d'un plan quinquennal, et dans le respect de la contrainte budgétaire,

Programme Pluriannuel d'Investissement synthétique de la Fondation Bon Sauveur pour la période 2017 - 2021 : montant total 22 465 K€

	2017	2018	2019	2020	2021
Projets spécifiques	7 351 800	7 551 733	1 346 667	0	0
Investissements réguliers annuels Direction Logistique Travaux Achats (DLTA)	331 000	307 000	501 500	305 500	290 00
Modernisation / mises aux normes des installations	320 000	220 000	220 000	170 000	170 000
Travaux et démolition Direction Logistique Travaux Achats (DLTA)	385 000	385 000	385 000	385 000	385 000
Investissements réguliers annuels Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation (DSIO)	140 000	222 000	305 000	210 000	210 000
Divers renouvellement	67 500	75 000	75 000	75 000	75 000
TOTAL ANNUEL	8 595 300	8 760 733	2 833 167	1 145 500	1 130 000

les différentes opérations d'investissement prévues au sein des établissements de la Fondation Bon Sauveur. Ils sont révisés chaque année et transmis à l'Agence Régionale de Santé. Il est prévu, dès 2017, d'effectuer en interne un suivi trimestriel de ces investissements.

Les projets spécifiques comprennent :

- La construction des nouveaux locaux pour le Pôle Infanto-Juvenil de Pabu 4.280 K€ (Centre Hospitalier)
- La construction de la nouvelle unité d'hospitalisation sans consentement - Sainte Camille 4.500 K€ (Centre Hospitalier)
- Les aménagements pour création de chambres individuelles au lieu de chambres doubles 1.500 K€ (Foyer d'Accueil Médicalisé)
- Les nouveaux aménagements permettant d'accueillir l'unité 3 de la Maison d'Accueil Spécialisée 1.900 K€
- La construction et aménagement de nouveaux locaux pour le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de Lannion 906 K€

2. Objectif 2 : Respecter les Plans Globaux de Financement Pluriannuels (PGFP)

Les Plans Globaux de Financement Pluriannuels définissent les orientations pluriannuelles des finances de chacun des établissements. Ils retracent l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles pour une durée minimale de cinq ans glissants, tant en exploitation qu'en investissement, et présentent l'évolution prévisionnelle de la marge brute, de la capacité d'autofinancement, du fonds de roulement,

du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie de l'établissement sur la période pour laquelle ils sont fixés.

Le plan détermine notamment les dépenses prévisionnelles résultant de la réalisation de l'ensemble des opérations mentionnées aux Programmes Pluriannuels d'Investissement et leurs modalités de financement, tant en investissement qu'en exploitation. Il est révisé chaque année.

3. Objectif 3 : Améliorer la procédure de contrôle budgétaire

En 2016, une procédure de contrôle budgétaire a été remise en place. Cette procédure s'appuie sur des outils créés en 2016, à partir de données comptables trimestrielles extraites directement du logiciel comptable.

Cette procédure s'articule sur deux niveaux :

- Un contrôle budgétaire trimestriel par établissement (et par financeur pour les établissements ayant plusieurs financeurs), analysé systématiquement avec le Directeur Général et chacun des responsables d'établissements.
- Un contrôle budgétaire trimestriel par responsable de dépenses, envoyé à chaque responsable de budget et analysé ensemble.

Les objectifs pour les 5 années à venir sont les suivants :

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	PILOTE	ECHÉANCE
Renforcer le contrôle budgétaire au niveau des dépenses de ressources humaines en améliorant le tableau de bord commun Direction des Affaires Financières / Direction des Ressources Humaines et en ayant un échange mensuel Direction des Affaires Financières / Direction des Ressources Humaines et un échange trimestriel Direction des Affaires Financières / Direction des Ressources Humaines / Responsables des structures sociales et médico-sociales	Responsable paie	2017
Renforcer le contrôle budgétaire en ce qui concerne les dépenses de logistiques, travaux, achats avec l'envoi d'un tableau de bord mensuel envoyé au directeur logistique, travaux, achats	Direction des Affaires Financières	2017
Affiner le contrôle budgétaire au niveau des pôles et des unités afin d'impliquer les responsables de pôles sur les suivis budgétaires de leurs dépenses (en lien avec la mise en place des comptes de résultat analytiques)	Contrôleur de gestion	2020
Transférer les engagements en comptabilité à partir du logiciel de gestion des stocks et des achats	Contrôleur de gestion	2018

B - AXE 2 : MISE EN PLACE D'UN PILOTAGE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

Le pilotage médico-économique ou pilotage de la performance est un impératif qui répond à un objectif prioritaire du projet de la Fondation Bon Sauveur : optimiser l'efficacité économique et organisationnelle afin de faire face aux restrictions budgétaires et proposer un dispositif d'accès aux soins et à l'accompagnement de qualité adapté à ce contexte tendu. En d'autres termes, il s'agit de répondre à deux exigences : des soins et un accompagnement de qualité et efficient(s).

1. Objectif 1 : Mettre en place les contrats de pôle

La gouvernance hospitalière de la Fondation Bon Sauveur est fondée sur une organisation en pôles regroupant des unités fonctionnelles et médicales homogènes. Ces pôles impliquent une organisation managériale de l'établissement et une certaine délégation de gestion.

Les orientations du pôle sont déclinées dans un projet de pôle en cohérence avec le projet d'établissement et en lien avec les projets d'unités. Elles sont en cohérence avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui décline les orientations stratégiques.

Les contrats de pôle vont permettre de définir :

- les modalités de déconcentration de la gestion,
- les objectifs, notamment en matière de politique, de qualité et de sécurité des soins,
- les moyens attribués au pôle,

- les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs,

Ils seront élaborés en concertation avec les acteurs du pôle.

Les tableaux de bord et comptes de résultats analytiques permettront aux pôles de suivre l'atteinte de leurs objectifs, d'analyser leurs résultats et d'assurer au mieux les équilibres entre activité et ressources en maintenant des standards élevés de qualité des soins.

Il est prévu la mise en place de ces contrats de pôle selon les échéances suivantes :

- Pôle Infanto-Juvenile : signature 2^e semestre 2017
- Pôles adultes : signature fin 2017 pour une mise en place en 2018
- Etablissements sociaux et médico-sociaux : 2018

2. Objectif 2 : Améliorer les outils de pilotage

Il s'agit ici d'outils de pilotage utilisant des données croisées permettant de s'assurer que les objectifs que sous-tend la stratégie sont bien suivis et favorisent un dialogue de gestion au sein de la Fondation Bon Sauveur

a. Tableaux de bord de pilotage trimestriels

Un groupe de travail a été constitué en 2016 afin de travailler sur la production infra-annuelle d'indicateurs médico-économiques ; il est à l'origine de la production et de la diffusion des tableaux de bord trimestriels pour l'ensemble de la Fondation Bon Sauveur, par établissement, et par pôle.

Ce groupe de travail, renommé cellule de pilotage médico-économique, et constitué de représentants de la Direction Générale, du Département d'Information Médicale, de la Direction des Systèmes d'Information, de la Qualité, du département des Ressources Humaines, ainsi que d'un cadre de santé et d'un responsable d'établissement, a pour objectif dans les cinq années qui viennent :

- D'ajuster les tableaux de bord de pilotage suite à la signature des contrats de pôle, afin d'intégrer les indicateurs définis dans ces contrats pour répondre aux objectifs stratégiques des projets de pôle.
- De faire évoluer les tableaux de bord selon les évolutions organisationnelles et réglementaires.
- D'examiner et valider une fois par an les demandes de modifications du fichier commun de structures (Ficom).
- D'évaluer la pertinence de son implication dans l'analyse des indicateurs produits.

b. Comptes de résultats analytiques

Pour le moment, les résultats de la Fondation Bon Sauveur sont connus au global (validés par les Commissaires aux Comptes) et par établissement. Une partie de ces dépenses et recettes est affectée analytiquement, c'est-à-dire par unité fonctionnelle et par pôle. Les comptes de résultat analytique par pôle permettent d'aller plus loin et de connaître la part de contribution de chacun des pôles au résultat de l'hôpital. La mise en place sera progressive, avec l'intégration dans un premier temps dans les tableaux de bord de pilotage de certaines dépenses par pôle et par unité fonctionnelle.



Anne Roussier
Contrôleur de gestion



c. Tableaux de bord de la performance des établissements sociaux et médico-sociaux

La mutation du secteur médico-social, qui tend à passer d'une logique de structures à une logique de prestations, confère au Tableau de Bord de la Performance une place particulière dans l'organisation de ce secteur, qu'il s'agisse d'aspects organisationnels (adaptation de l'offre au regard du parcours des personnes accompagnées), financiers (réforme de la tarification) ou plus qualitatifs (évaluations notamment). Le tableau de bord s'articule autour de quatre domaines qui rassemblent des données habituellement suivies par les établissements sociaux et médico-sociaux :

- prestations
- ressources humaines et matérielles
- finances
- objectifs (indicateurs de qualité et de système d'information)

A cela s'ajoute trois niveaux d'information :

- Des données de caractérisation
- Des indicateurs de dialogue
- Des indicateurs clés d'analyse

Cette démarche, menée conjointement entre les Agences Régionales de Santé et les Départements, a permis d'outiller le secteur médico-social d'indicateurs partagés, utilisés dans le cadre de la contractualisation par les Agences Régionales de Santé et les Conseils Départementaux.

La Fondation Bon Sauveur est entrée dans la démarche annuelle des tableaux de bord

de la performance dans le secteur médico-social en 2016 sur les données 2015.

Ces tableaux de bord permettent :

- de renforcer le pilotage interne en s'inspirant des indicateurs pour établir les tableaux de bord trimestriels
- de se situer par rapport à d'autres structures comparables

L'objectif de ces cinq années à venir est de s'approprier ces outils en interne, de les communiquer, de s'en servir pour les discussions avec les financeurs.

d. Benchmarking

Le benchmarking ou parangonnage permet de situer les établissements de la Fondation Bon Sauveur par rapport à d'autres établissements similaires, au niveau régional ou national.

Du benchmarking est d'ores et déjà effectué sur les sujets suivants :

- Les coûts de journée ou d'acte du Centre Hospitalier de Bégard peuvent être comparés avec ceux des autres établissements de santé grâce au Retraitement Comptable (RTC) effectué annuellement. Un travail en commun est effectué sur ce sujet avec l'Association Hospitalière de Bretagne de Plouguernevel.
- Les indicateurs des tableaux de bord de la performance des établissements sociaux et médico-sociaux permettent un parangonnage avec des établissements similaires, régionaux ou nationaux.

En 2017, la Fondation Bon Sauveur fera partie de l'enquête nationale de coûts, qui permet d'aller plus loin dans le retraitement comptable au niveau analytique.

Concernant les fonctions support, certains coûts peuvent être comparés via le Retraitement Comptable. Il est possible d'aller plus loin grâce à la Base d'Angers, dont la participation est prévue à compter de 2018 sur les données 2017.

e. Logiciel de type « décisionnel »

Une réflexion est en cours sur un outil informatique de type « décisionnel ». Ce type de logiciel permettrait :

- la collecte d'informations de pilotage provenant de diverses sources de données (logiciels dossier patient, comptable, stocks, paye, facturation...),
- le stockage de ces données,
- la restitution d'indicateurs définis dans des tableaux de bord consultables au travers d'un portail ou à partir de requêtes.

Cela accélérerait la mise à disposition des données et rendrait la restitution d'information plus fiable.

La mise en place de cet outil est prévue pour 2021.

C - AXE 3 : CONTRÔLE INTERNE / TRANSPARENCE FINANCIÈRE



Le contrôle interne est l'ensemble des sécurités contribuant à la maîtrise de l'entité. Il a pour but d'un côté, d'assurer la protection, la sauvegarde du patrimoine et la qualité de l'information, de l'autre l'application des instructions de la Direction et de favoriser l'amélioration des performances. Il se manifeste par l'organisation, les méthodes et les procédures de chacune des activités de l'entité, pour maintenir la pérennité de celle-ci.

1. Objectif 1 : Écrire les procédures décrivant les processus et effectuer la cartographie des risques financiers

Le manuel des procédures est un outil de contrôle interne qui permet de centraliser l'ensemble des descriptions de processus. L'objectif des cinq années à venir est d'écrire les procédures de la Fondation Bon Sauveur concernant les processus suivants :

PROCÉDURE	CALENDRIER
Achats	2017
Recettes	2018
Trésorerie	2019
Immobilisations	2020
Stocks	2021

L'écriture de ces procédures permettra :

- d'une part, d'identifier les risques et les contrôles liés à ces processus, afin d'élaborer la cartographie des risques financiers
- d'autre part, d'identifier les sources possibles d'optimisation et de les mettre en œuvre (exemple : dématérialisation des factures)

De plus, les règles générales de contrôle interne existent au sein de la Fondation Bon Sauveur mais elles ne sont pas toutes écrites et centralisées. Ce sera un des objectifs :

- Délégations de signatures
- Grilles de séparation de fonctions
- Rapprochements Bon de commande / Bon de livraison / Facture
- Contrôles budgétaires

2. Objectif 2 : Mutualiser les fonctions support par la création d'un siège social de la Fondation Bon Sauveur de Bégard

La création d'un siège social et l'identification claire des dépenses prises en charge par le siège à refacturer aux établissements médico-sociaux, contribuent à une meilleure qualité des états comptables, grâce à une connaissance plus aboutie des coûts par établissement.

a. Constats

Il n'existe pas de budget siège, toutefois, les fonctions supports sont mutualisées.

La Fondation Bon Sauveur de Bégard a demandé aux financeurs la mise en place officielle d'un budget siège à compter du 1^{er} janvier 2018.

b. Objectifs

- Mieux identifier les moyens dédiés à l'activité médico-sociale.
- Obtenir une participation juste et équitable des établissements aux prestations communes.
- Améliorer la lisibilité et la transparence financière.

3. Objectif 3 : Mettre en place un logiciel de stock au niveau des achats

La séparation des fonctions, la traçabilité des transactions et la conservation des documents sont des fondamentaux du contrôle interne. Ceux-ci peuvent être appliqués de façon systématique et obligatoire au sein de la Fondation Bon Sauveur par l'intégration des achats dans le logiciel des achats et des stocks, accompagnée de l'écriture d'une procédure (prévue en 2017). Pour le moment, les achats suivants sont gérés via le logiciel : achats stockés par l'économat, l'informatique, la pharmacie.

Il est prévu l'intégration des achats dans le logiciel suivant le calendrier ci-dessous :

PROCÉDURE	CALENDRIER
Dispositifs médicaux	2017
Produits diététiques	2018

D - AXE 4 : ACCOMPAGNEMENT DES CHANGEMENTS LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES



1. Objectif 1 : Mettre en place l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans les établissements sociaux et médico-sociaux

a. Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

La Fondation Bon Sauveur a signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2012-2016 avec le Conseil Départemental pour les établissements Foyer d'Accueil Médicalisé, Foyer de Vie, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2016-2020 avec l'Agence Régionale de Santé. Un nouveau Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est en cours de signature avec le Conseil Départemental des Côtes d'Armor et l'Agence Régionale de Santé.

b. Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD)

La mise en place des EPRD dans les établissements sociaux et médico-sociaux commence en 2017 avec les EHPAD et les établissements ayant signé un CPOM dès 2017 (tous les établissements de la Fondation Bon Sauveur sont donc concernés).

La mise en place de la tarification à la ressource permet de répondre aux objectifs suivants :

- Sortir de la ressource globale
- Dégager une Capacité d'Autofinancement (fin de la logique du résultat à 0)
- Mettre en œuvre une logique pluriannuelle

Elle implique une inversion du modèle budgétaire actuel : les recettes sont déterminées par l'activité et permettent de prévoir les dépenses et les moyens. D'où l'importance accrue de la prévision, du suivi infra-annuel des réalisations et de la nécessité d'une présentation régulière de l'état des prévisions par rapport aux réalisations.

2. Objectif 2 : Accompagner les réformes tarifaires en cours

a. Réforme tarifaire des EHPAD

Concernant les EHPAD, la réforme tarifaire commence en 2017. Le mode de tarification sur la section soins évolue de la façon suivante :

-A partir de 2023, chaque EHPAD bénéficiera d'un forfait soins reposant notamment sur le niveau de dépendance moyen (GMP) et les besoins en soins requis des résidents (PMP), ces deux niveaux étant regroupés en un indicateur synthétique dit GMPS.

-De 2017 à 2023, l'écart entre le forfait soins calculé selon le GMPS et la dotation actuelle en hébergement permanent sera progressivement corrigé.

Concernant la section dépendance, il est prévu une convergence en 7 ans vers le point GIR départemental.

Concernant la section hébergement, le tarif sera fixé dans le CPOM pour 5 ans.

b. Réforme de la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux / Personnes Handicapées

Le projet Serafin-PH, « Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des financements aux parcours des Personnes Handicapées » a pour objectif d'aboutir à un nouveau modèle tarifaire, soutenant les évolutions actuelles de l'offre médico-sociale et facilitant le parcours des personnes en situation de handicap. La première phase du projet a permis la production de nomenclatures de besoins et de prestations, et donc d'un langage commun et partagé. Elle contribue ainsi d'ores et déjà à une visibilité renforcée de l'offre médico-sociale.

Les principes qui sous-tendent ces nomenclatures contribuent à en faire un outil facilitant les parcours et la transformation de l'offre médico-sociale. La nomenclature des prestations ne fait, par exemple, pas référence aux catégories juridiques des structures ; elle permet de décrire l'ensemble des prestations réalisées par différents acteurs, et non un seul établissement social et médico-social, ou le seul secteur médico-social. Elles peuvent donc décrire concrètement le parcours d'une personne en situation de handicap, en particulier pour des accompagnements modulaires, pluri-acteurs et pluri-secteurs.

3. Objectif 3 : Accompagner budgétairement l'évolution de la masse salariale au regard de la mise en œuvre du Crédit d'Impôt de Taxes sur les Salaires (CITS)

Il s'agit de chiffrer les évolutions de la masse salariale et de maintenir dans les budgets, les recettes issues du Crédit d'Impôt de Taxes sur les Salaires (CITS).

Dès 2017, la Fondation Bon Sauveur doit trouver les marges budgétaires afin d'accompagner l'augmentation du SMIC et toute évolution de la Convention Collective Numéro 51.



Laurent Alpérin
Responsable des Affaires Financières

Ainsi nos propres performances sont autant d'exemples et d'atouts pour servir les dimensions de proximité et d'innovation au service des femmes et des hommes, acteurs et bénéficiaires, de la Fondation.



Conclusion

Le Projet de la Fondation 2017-2021 est un projet ambitieux qui fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuelle avec chaque responsable de projet. Le Forum Citoyen sera réuni pour évaluer la mise en œuvre de ses préconisations.

Feuille de route pour les cinq années à venir, il ne préjuge pas, par définition, des projets imprévus ou de contraintes nouvelles qui apparaîtront au cours de son déroulement.

Ce projet ambitionne de mettre en œuvre les valeurs de la Fondation Bon Sauveur présentées en préambule : respect, bienveillance, tolérance, professionnalisme, écoute, dialogue et engagement.

Des réorganisations importantes seront mises en œuvre :

- évolution du pôle médico-social vers des prises en charge individualisées et globalisées,
- poursuite du développement de l'extra-hospitalier,
- structuration des pôles,
- régulation de l'accueil,
- construction de nouveaux bâtiments.

Toutes ces réorganisations visent l'objectif majeur d'amélioration du service rendu à l'utilisateur, que ce soit sur le versant sanitaire ou médico-social.

Des évolutions législatives importantes impactent le fonctionnement des établissements et services : passer d'une logique de prise en charge en établissements à une logique de parcours, sera l'enjeu majeur des prochaines années. Il conviendra d'éviter les ruptures de prise en charge, de s'inscrire dans les réseaux, les plateformes

diverses, participer à la Réponse Accompagnée Pour Tous, de développer des réponses, y compris hors établissements car leurs capacités en places ne seront pas étendues.

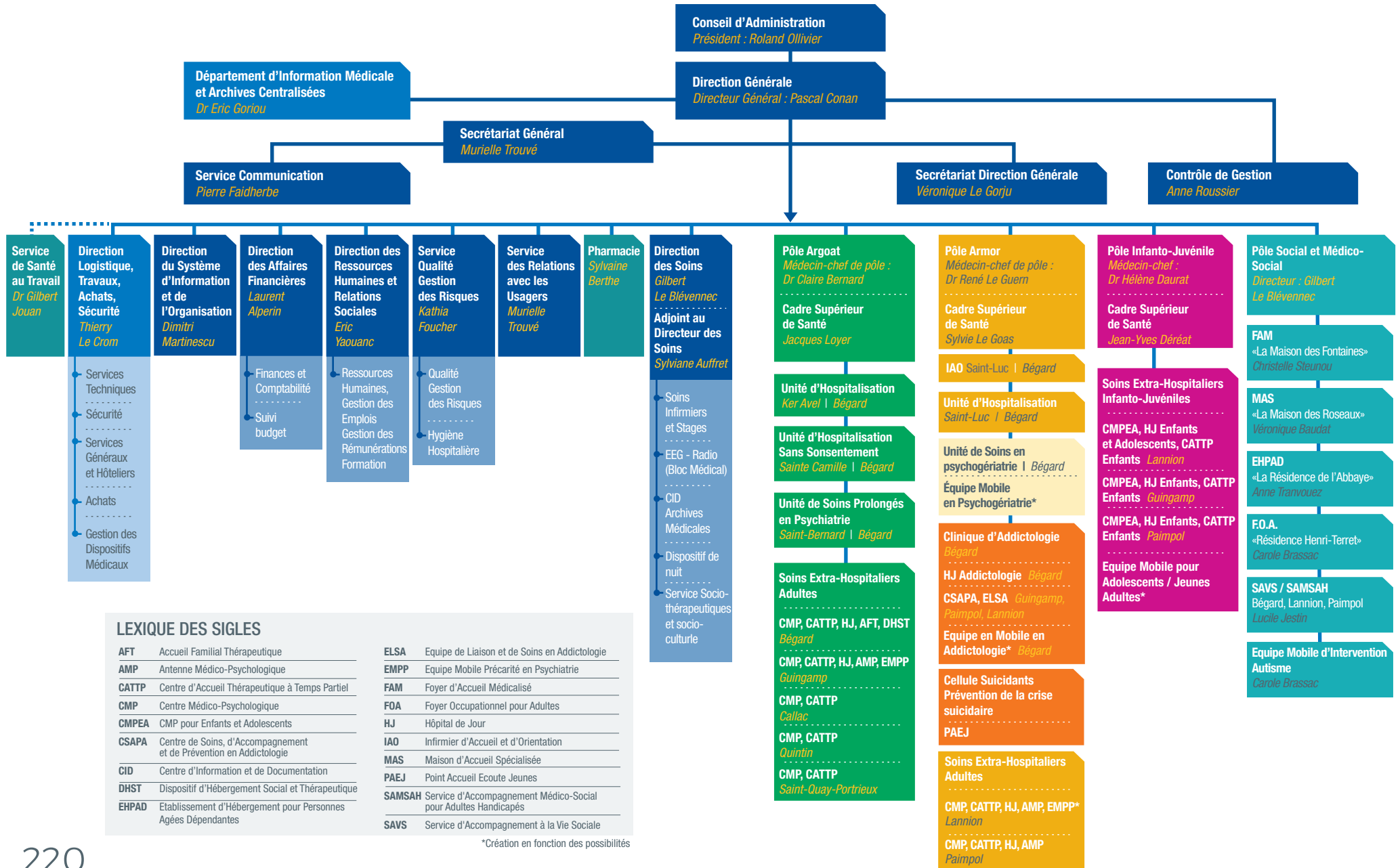
Les impératifs de gestion seront très prégnants, mais des marges d'optimisation existent en développant des solutions d'aval (dispositif d'hébergement social et thérapeutique les « 3 logis »).

L'amélioration des conditions de travail sera aussi recherchée : la construction de nouveaux bâtiments ou le transfert d'activité y concourent, ainsi que le plan de formation ou la prise en charge de la mutuelle au-delà des dispositions conventionnelles.

Le management participatif et la qualité du dialogue social important tant aux Administrateurs qu'à l'Équipe de Direction.

Acteur économique et social majeur sur son secteur d'activité, la Fondation Bon Sauveur entend conforter son expertise et la mettre à disposition de la population Costarmoricaine.

FONDATION BON SAUVEUR | ORGANIGRAMME AU 1^{ER} JANVIER 2018



LEXIQUE DES SIGLES

AFT	Accueil Familial Thérapeutique	ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
AMP	Antenne Médico-Psychologique	EMPP	Equipe Mobile Précarité en Psychiatrie
CATT	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
CMP	Centre Médico-Psychologique	FOA	Foyer Occupationnel pour Adultes
CMPEA	CMP pour Enfants et Adolescents	HJ	Hôpital de Jour
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
CID	Centre d'Information et de Documentation	MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
DHST	Dispositif d'Hébergement Social et Thérapeutique	PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
		SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

*Création en fonction des possibilités

Annexes

ANNEXE 1 - VALEURS DE LA FONDATION

A - Valeurs et principes d'action spécifiques de la Fondation	222
1. Respect.....	222
2. Bienveillance	222
3. Écoute et dialogue	222
4. Professionnalisme.....	222
5. Engagement	223
B - Ambitions de la Fondation	223
1. Co-construction	223
2. Innovation et amélioration continue des modalités d'accompagnement	223
3. Ouverture et partenariat.....	224
4. Qualité de vie au travail.	224

ANNEXE 2 - LA PHILOSOPHIE DU SOIN

A - Les valeurs fondatrices guident l'action des professionnels	226
B - La prise en compte des besoins des patients et des résidents du territoire	226
C - Un certain nombre de concepts donnent du sens à nos actions	227
1. La santé.....	227
2. La psychiatrie et la santé mentale.....	227
3. Le prendre soin.....	227

4. Le soin infirmier en psychiatrie :	227
5. Le handicap (loi du 11/02/2005).....	227
6. Le parcours patient / parcours santé / parcours de soins / parcours de vie.....	228
7. L'équipe pluridisciplinaire ou pluri-professionnelle	228
D - Des métiers et compétences en évolution	228

ANNEXE 3 - BILAN DU PROJET DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT 2012/2016

.....	231
-------	-----

ANNEXE 4 - OBSERVATOIRE D'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE

A - Justification / contexte	234
B - Objectifs	234
C - Méthode d'observation	235
D - Origine et nature des données nominatives	235
E - Mode de circulation des données	235
F - Méthode d'analyse des données	236

ANNEXE 5 - PROJET DES USAGERS : RECOMMANDATIONS DÉTAILLÉES

A - La prise en charge du « patient »	237
B - La prise en charge spécifique de l'autisme	239
C - Le fonctionnement de l'Institution	241

ANNEXE 1

A - VALEURS ET PRINCIPES D'ACTION SPÉCIFIQUES DE LA FONDATION



1. Respect

Définition :

Le respect d'autrui amène à se conduire envers les personnes avec égard.

Il se base en premier lieu, sur l'acceptation d'un principe d'égalité de droits et de devoirs entre les personnes.

C'est aussi considérer chacune dans sa singularité, lui accorder le statut de personne digne, douée de conscience et de raison.

Principes d'action :

- Prendre en compte la personne humaine dans sa globalité,
- Accueillir les parties prenantes¹ de la Fondation dans de bonnes conditions matérielles, relationnelles et organisationnelles,
- Echanger, communiquer de façon adaptée avec et entre les différentes parties prenantes,
- Se donner les moyens de connaître l'autre et de l'accepter tel qu'il est avec son potentiel, ses compétences, son parcours, ses origines...
- Ecouter, instaurer un dialogue puis individualiser et adapter les réponses apportées aux différentes parties prenantes,

- Faire preuve de bienveillance à l'égard de l'ensemble des parties prenantes.

2. Bienveillance

Définition :

La bienveillance consiste à porter sur autrui un regard compréhensif, à accueillir les personnes en ayant de l'estime pour elles, à instaurer une relation de confiance, de respect mutuel et de liberté d'expression de façon à ce que chaque personne se sente bien et reconnue.

Principes d'action :

- Etre attentif aux besoins et aux situations des différentes parties prenantes de la Fondation en veillant à l'équité,
- Aller vers l'autre, le prendre en considération, l'écouter,
- Rechercher le développement, l'épanouissement et le bien-être des personnes,
- Garantir l'accès des personnes à leurs droits et à l'autonomie, informer sur les devoirs des différentes parties prenantes,
- Etre ouvert, disponible et au service des personnes pour qui la Fondation agit.

3. Écoute et dialogue

Définition :

L'écoute et le dialogue consistent à apprendre de la parole ou de l'expression de l'autre puis à échanger de façon constructive, à débattre pour aboutir à une décision la plus partagée possible.

Principes d'action :

- Encourager et respecter l'expression des diverses opinions des parties prenantes de la Fondation,
- Susciter et prendre en compte les différents avis avant de prendre une décision,
- Instaurer avec l'autre et au sein des instances et/ou lieux d'expression, un climat de confiance de façon à mieux comprendre les personnes et les points de vue,
- Etre ouvert à la critique, aux idées différentes et/ou nouvelles,
- Communiquer, expliquer et informer de façon transparente,
- Respecter les décisions prises à l'issue du dialogue.

4. Professionnalisme

Définition :

Le professionnalisme caractérise la qualité du travail réalisé par les professionnels, la fiabilité, les compétences, l'expérience, l'évolution permanente.

Principes d'action :

- Se questionner sur le sens de son action,
- Agir avec rigueur en ayant le sens des responsabilités,
- Etre ouvert au changement et aux évolutions quand cela favorise le bien-être des personnes,
- Se former et se perfectionner de façon continue, adapter les pratiques en fonction des évolutions sociétales, de la connaissance, de la recherche, des évolutions de l'état de santé des personnes,

¹ Les parties prenantes de la Fondation Bon Sauveur : les administrateurs, les personnes accueillies, les professionnels, les familles et les proches aidants, les bénévoles, les partenaires extérieurs.

- Connaître et respecter le cadre légal ainsi que les recommandations de bonnes pratiques,
- Garantir la confidentialité des informations, respecter le devoir de réserve,
- Développer l'esprit d'équipe, favoriser les complémentarités et les échanges entre les différents métiers dans le respect des fonctions de chacun,
- S'appuyer sur les compétences des usagers, collaborer avec les familles et les proches aidants pour faire évoluer les pratiques,
- Transmettre son savoir et son expérience.

5. Engagement

Définition : L'engagement consiste à agir au présent pour une cause ou des personnes et à être tourné vers l'avenir.

Quand l'engagement est collectif, cela consiste à poursuivre ensemble et en cohérence le même but, à parler avec une certaine unité, à prendre position, décider, innover et créer pour l'intérêt général dans un autre but que de faire du profit ou servir des intérêts particuliers.

C'est aussi persévérer à la fois dans les actions et dans le temps.

Principes d'action

- Respecter les valeurs, les principes d'action et les différents niveaux de prise de décision de la Fondation,
- S'impliquer individuellement et collectivement dans un esprit de service en fonction

de sa place, de son rôle et de sa fonction au sein de la Fondation,

- Etre force de proposition, participer aux projets en vue de progresser,
- Aller jusqu'au bout des actions et des projets décidés,
- Agir de façon responsable et équitable, assumer ses actes,
- Développer l'esprit d'appartenance, de solidarité et d'entraide au sein de la Fondation.

B - AMBITIONS DE LA FONDATION



Les membres de la Fondation sont mobilisés pour promouvoir un projet, défendre des droits, innover, proposer de nouveaux services..., et ce, dans une dynamique sociétale, citoyenne et participative.

Aussi, elle entend que tous ses projets d'avenir intègrent les principes suivants :

- **Co-construction,**
- **Innovation et amélioration continue des modalités d'accompagnement,**
- **Ouverture et partenariat,**
- **Qualité de vie au travail.**

1. Co-construction

De quoi s'agit-il ?

La co-construction consiste à favoriser la participation active des différentes parties prenantes

qui composent la Fondation pour leur permettre d'agir et de vivre ensemble en cherchant à répondre à leurs besoins et en les impliquant dans les décisions qui les concernent. Elle consiste également à développer des partenariats avec l'extérieur.

Comment ?

- Identification dès le départ des parties prenantes concernées par les projets ou les discussions,
- Développement au maximum de la consultation des parties prenantes en amont des projets qu'ils soient collectifs quand il s'agit par exemple des projets de la Fondation ou qu'ils soient individuels quand il s'agit par exemple des projets personnalisés des patients et des usagers,
- Information régulière, concertation sur l'avancée des projets et/ou discussions, évaluation de ce qui a été réalisé ou décidé,
- Ouverture de la Fondation vers l'extérieur : organisation de séminaires, de forums citoyens...,
- Participation, collaboration à des projets portés par d'autres acteurs.

2. Innovation et amélioration continue des modalités d'accompagnement

De quoi s'agit-il ?

Cela consiste à avancer, à adapter sans cesse les modalités d'intervention. En effet, les personnes, leurs problématiques ainsi que leurs situations évoluent. Il en va de même pour la société en général. Cela nécessite donc d'anticiper pour être en phase avec l'ensemble des changements

quels qu'ils soient en gardant toujours comme objectif de mener une action éthique au service de la promotion et du bien-être des personnes.

Comment ?

- Connaissance du territoire et des besoins des populations auxquels il convient de répondre le plus précisément possible,
- Veille et réactivité quant aux évolutions sociétales, règlementaires, en matière de santé...
- Ecoute des personnes concernées et de leurs proches aidants, de leurs compétences et de leur expérience,
- Ouverture aux nouvelles technologies, aux idées nouvelles, aux nouveaux publics et aux changements,
- Développement des échanges professionnels au sein de la Fondation et des réflexions pluridisciplinaires,
- Implication active dans les travaux de différents réseaux locaux, régionaux voire nationaux,
- Participation à des travaux de recherche,
- Inscription dans une logique de prévention, d'information,
- Expérimentation de nouvelles réponses prenant en compte, au-delà des soins aux personnes, les besoins sociaux, de logement, de culture, de santé au travail...
- Information régulière et formation continue des professionnels,
- Décloisonnement entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales,

- Création d'une cellule Innovation et Développement,
- Recherche de financements autres que publics pour financer des travaux de recherche.

3. Ouverture et partenariat

De quoi s'agit-il ?

L'ouverture et le partenariat consistent à développer des liens avec les parties prenantes de la Fondation et avec d'autres acteurs extérieurs tant au niveau politique qu'opérationnel, de façon à améliorer l'accompagnement des personnes, à éviter les ruptures de parcours mais aussi en vue de s'adapter, de rechercher des complémentarités.

Comment ?

- Connaissance de l'ensemble des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales sur le territoire en vue entre autres de favoriser les mutualisations bénéfiques pour la continuité des parcours des personnes,
- Tissage de liens, travail en partenariat avec les usagers, les familles et les proches aidants,
- Articulation de l'action de la Fondation avec celle des autres acteurs qu'ils soient publics, libéraux, associatifs...
- Elaboration de nouvelles modalités de soins et d'accompagnement ajustées aux besoins et attentes des personnes ayant des besoins multiples et en situation complexe,
- Communication sur les réalisations de la Fondation menées au profit des personnes,
- Mise à disposition de son savoir-faire et de son expertise auprès des autres acteurs du territoire

- et contribution autant que possible à l'accueil de personnes en situation de vulnérabilité,
- Animation, participation à des commissions territoriales et régionales en vue d'améliorer l'accompagnement et les soins des personnes,
- Développement des échanges avec l'université et les instituts de recherche...
- Inscription dans des démarches de concertation et de coopération afin de participer à l'élaboration des politiques publiques et à leur mise en œuvre.

4. Qualité de vie au travail

De quoi s'agit-il ?

La qualité de vie au travail des professionnels est une condition de la qualité des soins.

C'est une démarche participative et progressive qui, étape après étape, conduit à réinterroger l'organisation du travail, l'accompagnement des professionnels tout au long de leur parcours, l'optimisation de la formation, les modalités d'association des professionnels aux réflexions transversales... L'objectif, retrouver les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité et s'intéresser aux conditions propices à une qualité de vie au travail.

La performance économique, sociale, sociétale, n'est pas l'objectif mais la résultante de cette dynamique vertueuse.

Comment ?

- Développement et maintien d'un dialogue social constructif,

- Entretien de relations de qualité, écoute entre les parties, respect des opinions des uns et des autres, de la parole donnée,
- Information claire et régulière sur les enjeux auxquels est confrontée la Fondation et sur les orientations envisagées,
- Soutien du développement des compétences des professionnels en favorisant les formations inter-établissements et services pour faciliter l'interconnaissance au sein de la Fondation,
- Accompagnement des professionnels confrontés dans l'exercice de leur métier à des situations difficiles (violence, agressivité, suicides, maladies...),
- Prise en compte des spécificités des différents métiers et fonctions et des situations professionnelles (notamment fins de carrières),
- Mise en place autant que possible d'actions ou de services concrets et réalistes facilitant la vie au travail (création avec d'autres employeurs d'un multi-accueil pour les enfants en bas âge par exemple, mise en place d'espaces de paroles, de moments favorisant la prise de recul...),
- Développement de l'esprit d'appartenance à la Fondation grâce entre autre à l'organisation de moment de partage et de convivialité.

ANNEXE 2 - LA PHILOSOPHIE DU SOIN

A - LES VALEURS FONDATRICES GUIDENT L'ACTION DES PROFESSIONNELS



Les personnels non médicaux se reconnaissent dans les valeurs défendues par le Conseil d'Administration, c'est-à-dire respect, bienveillance, tolérance, professionnalisme, écoute, dialogue et engagement.

Dans le cadre de ce projet de soins et d'accompagnement, ces valeurs se déclinent selon trois axes qui mettent en exergue, quel que soit le contexte, l'accueil et l'accompagnement de la personne.

- Cet accueil est réalisé avec le souci d'écouter et de s'adapter à l'image qu'a la personne d'une « vie bonne » ou la meilleure possible tout en proposant une prise en charge ou un accompagnement adaptés à sa situation dans le respect des bonnes pratiques et de la sécurité des soins.
- Les professionnels agissent avec respect et professionnalisme, ils privilégient l'écoute et la neutralité et s'adaptent à chaque patient, résident, bénéficiaire afin que ceux-ci soient acteurs de leur projet personnel. Le travail d'équipe constitue la base de l'action des professionnels de la Fondation tant ils considèrent que la pluralité et le partage favorisent l'émergence de prises en charge et de parcours de soins adaptés.

- La notion de bienveillance prônée par le Conseil d'Administration se traduit dans le projet par une volonté de « *prendre soin* » au sens de « *porter une attention particulière à la personne en vue d'améliorer sa santé et son bien-être* » selon Walter Hesbeen. Cette position bienveillante et humaniste implique de la part des professionnels un engagement dans la relation, une volonté de promouvoir la bienveillance et le meilleur accès aux soins possible.

B - LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES PATIENTS ET DES RÉSIDENTS DU TERRITOIRE



La Fondation entend répondre à toutes les missions de service public en complémentarité entre ses activités sanitaires et médico-sociales. Perçue comme un intervenant généraliste, la Fondation attache de l'importance à la fluidité et à la coordination entre les équipes de soins et les équipes de liaison. C'est la culture de la Fondation

Le diagnostic présenté en introduction montre les immenses besoins auxquels la Fondation doit faire face : moyenne d'âge en hausse constante, un nombre de personnes souffrant de troubles psychiques plus élevé que la moyenne nationale (suicide, alcoolisme), précarité, ruralité, recrudescence des jeunes et adolescents en difficulté avec d'importants troubles du comportement.

Ces constats mettent en avant une augmentation des demandes dans un contexte de fortes

restrictions budgétaires et de moyens. Il faut donc faire évoluer nos pratiques et nos dispositifs.

Les besoins essentiels de la population concernent :

- La continuité des parcours de soins
- La coordination des acteurs sur le territoire
- La mise en place de relais efficaces après les épisodes de crise

Ces besoins se déclinent en plusieurs axes d'organisation :

1. Les personnes et leur entourage familial doivent être davantage impliqués dans le parcours de soins.
2. La prise en charge de la santé mentale est assumée désormais par de nombreux acteurs qu'il convient d'informer et d'associer aux évolutions des projets de la Fondation, des Groupements Hospitaliers de Territoire et autres organisations de coopération. Le besoin de lien et de cohérence est de plus en plus fort.
3. Les dispositifs de prises en charge s'adaptent aux besoins d'une meilleure proximité et du faible recours à l'hospitalisation. Le maillage territorial permet d'éviter ces hospitalisations par le développement des visites à domicile, hospitalisation à domicile, Accueils thérapeutiques familiaux, mais également par l'adaptation des horaires d'ouverture des Centres Médico-Psychologiques et le regroupement avec les Hôpitaux de jours pour optimiser l'utilisation des ressources et des compétences.

4. La programmation des soins le plus en amont possible de la crise doit s'appuyer sur un maillage territorial de proximité. L'objectif étant de fluidifier l'accueil et l'orientation en partenariat avec les médecins traitants et les équipes des hôpitaux généraux mais également en aval avec les unités long séjour et les structures médico-sociales.
5. Le décloisonnement des équipes sanitaires et médico-sociales doit permettre de fluidifier les parcours de vie des personnes accueillies en structures médico-sociales, qu'elles soient ou non gérées par la Fondation. Ces collaborations ont besoin d'être formalisées et coordonnées. Le principe de consultations mobiles dans les maisons de santé semble pertinent.
6. Les personnes accueillies ont un droit d'accès à la culture et aux relations sociales. Le service socio thérapeutique et socio culturel doit être valorisé et le développement des activités doit pouvoir s'adapter aux demandes, aux prescriptions. L'accès aux activités thérapeutiques et socio culturelles prend, dans le cadre du projet de la Fondation, une dimension transversale (sanitaire, sociale et médico-sociale). Le service intégrera dans son futur projet d'unité, un axe communication, un axe priorisation des actions en lien avec les différentes populations accueillies.

C - UN CERTAIN NOMBRE DE CONCEPTS DONNENT DU SENS À NOS ACTIONS



1. La santé

La santé est une ressource individuelle et collective. Elle se définit d'abord en négatif par rapport aux notions de mal-être, maladie, morbidité, douleur, déficience. Si l'on y introduit une dimension sociale et psychologique, alors la santé s'oppose également à l'incapacité, au désavantage et au handicap.

En envisageant l'aspect physique, psychique et social, elle ne privilégie pas l'aspect purement somatique auquel se limite trop souvent l'horizon médical. Elle véhicule une vision globale multidimensionnelle de l'homme.

2. La psychiatrie et la santé mentale

C'est une spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales (Larousse).

Les différents rapports jusqu'au dernier « Rapport LAFORCADE » abordent les notions de santé mentale, d'élargissement du champ de la psychiatrie à la souffrance psychique résultant des situations d'exclusion sociale, de vieillissement...

La santé mentale est un mouvement constant, une recherche d'équilibre entre différents aspects de la vie : physique, mental, spirituel, émotif. C'est un état d'équilibre psychique qui résulte d'interactions entre des facteurs de 3 ordres :

- Des facteurs biologiques relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne
- Des facteurs psychologiques liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels
- Des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement

3. Le prendre soin

Selon Walter Hesbeen, « *Prendre Soins* » c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé.

« *Le concept du prendre soin est ici posé comme une valeur, une orientation philosophique du soin et non comme une orientation scientifique car elle permet de considérer l'humain en tant que sujet singulier et jamais comme un objet de soin* ».

4. Le soin infirmier en psychiatrie

« *Le soin est essentiellement une activité intellectuelle, puisque son objet est de remettre en route chez le patient une activité de pensée, c'est-à-dire de liaison, contre laquelle il lutte désespérément* ». (M. Jean-Claude Bernard)

5. Le handicap (loi du 11/02/2005)

Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives

ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

La question du handicap est passée d'un modèle centré sur l'individu à un modèle social en lien avec l'environnement. Ce modèle s'élargit à son tour vers une conception très inclusive du handicap, sous le modèle citoyen. Le handicap ne renvoie plus aux caractéristiques d'un individu, mais aux obstacles s'opposant à sa pleine participation à la vie sociale.

Le concept a évolué, la personne « handicapée » est devenue personne « en situation de handicap ».

6. Le parcours patient / parcours santé / parcours de soins / parcours de vie

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.

L'amélioration des parcours du patient est un enjeu de santé publique. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels.

7. L'équipe pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle

Toute équipe doit être envisagée sous un aspect structurel, fonctionnel, relationnel et même émotionnel. Tous ces aspects sont, du reste, étroitement liés.

L'équipe serait à entrevoir comme un « assemblage pluri professionnel » dont chacun va endosser la responsabilité d'un ou plusieurs dispositifs en faisant preuve de rigueur, de compétence, de souci de communication, ainsi que d'une capacité à interroger le jeu interrelationnel.

D - DES MÉTIERS ET COMPÉTENCES EN ÉVOLUTION



L'évolution des démarches de soins et de la notion de parcours nécessitent une coordination efficace des différents professionnels entre eux. En termes de compétences, la capacité d'ouverture (connaissance du territoire, des acteurs de santé, des partenaires internes et externes, du système de santé dans sa globalité) apparaît cruciale pour tous les métiers. La connaissance de ce que font les autres et la capacité à articuler son intervention avec celle d'autres professionnels, la capacité à transmettre et à passer le relais sans rester arc-bouté sur son champ d'intervention et savoir « lâcher-prise » dans l'intérêt du patient sont également des compétences à privilégier et à entretenir.

Concernant les compétences infirmières, de nombreuses évolutions sont à souligner, voire à développer :

- Recentrer l'infirmier sur son cœur de métier, un travail sur les métiers administratifs semble nécessaire afin de libérer l'infirmier de nombreuses tâches de traçabilité ;
- Renforcer la compétence en conduite d'entretien (cœur de métier de l'infirmier) ;

- Faciliter le tutorat, l'accompagnement des nouveaux professionnels ;
- Développer les compétences spécifiques en addictologie, psychogériatrie, pédopsychiatrie...
- Savoir gérer les crises suicidaires ;
- Savoir gérer les conflits, l'agressivité.

Pour que les infirmiers se recentrent sur leur cœur de métier, il faut envisager une interdisciplinarité et un transfert des activités sociales vers des intervenants spécialisés, ce qui suppose une montée en puissance de la compétence éducative et sociale.

L'augmentation de la précarité et de la violence sociale nécessitent un renforcement des compétences sociales au sein des effectifs de la Fondation. Ce renforcement permettrait également de maintenir un bon niveau d'activité et d'animation de la vie sociale. Le métier d'assistant social a beaucoup évolué et il semble devoir prendre une place encore plus importante dans le cadre de l'organisation future et du suivi des parcours de soins. La compétence en matière d'accompagnement social est l'une des compétences cruciales à développer pour permettre la mise en œuvre des nouvelles orientations du projet d'établissement.

Certaines compétences transversales sont identifiées comme devant être renforcées pour faire face aux nouveaux enjeux du projet de soins et d'accompagnement :

- Renforcer les compétences en animation de groupe ;

- Identifier des intervenants compétents en matière de sophrologie, relaxation ;
- Développer des modes d'intervention adaptés au public jeune (ex : importance du groupe de pairs, des moyens de communication...).

Une « collaboration » de compétences est en perspective des psychiatres vers les psychologues. Un autre travail de délégation va devoir se développer des infirmiers vers les aides-soignants. La formalisation de ces délégations permettrait de garantir les accompagnements et de les optimiser.

En préalable de toute délégation de compétence, il paraît nécessaire d'établir une relation de confiance et une reconnaissance.

La complémentarité semble le terme clé de ces évolutions futures en matière de ressources humaines. Ainsi, un besoin de compétences éducatives et sociales émerge dans le champ du soin pour favoriser l'articulation entre l'intra et l'extrahospitalier. Des compétences spécifiques en matière de soins semblent également nécessaires pour renforcer le dispositif médico-social et assurer un accompagnement de qualité des personnes en situation de handicap psychique.

D'un point de vue organisationnel, ces évolutions conduisent à deux changements importants :

- La formalisation d'une fonction de coordination du parcours de santé ;
- La nécessité d'un décloisonnement et d'une communication interne plus transversale en lien avec la notion de parcours.

La coordination des parcours de patients est au cœur de ce nouveau projet de la Fondation. Pour qualifier et personnaliser cette coordination, le terme de « référent » est plus approprié que « coordinateur ». Il s'agit de cerner l'évolution de cette notion de référence dans le cadre du nouveau projet à partir de quatre constats :

- Les prises en charges sont de plus en plus placées sous le signe de l'urgence, les séquences de soins sont souvent complexes : Antennes Médico-Psychologiques / hospitalisation complète / Hospitalisation de jour / Centre Médico-Psychologique
- Les risques de perte de continuité sont accrus dans les prises en charge complexes et multi séquentielles
- Les différentes équipes ont des pratiques diverses en matière de référence ce qui ne garantit pas une continuité des prises en charge optimum
- La file active de la Fondation ne permet pas une vigilance pour l'ensemble des personnes suivies, il faut définir des critères de priorité de vigilance voire de criticité et de cohérence de parcours orientés vers :
 - Les personnes souffrant de psychose chronique
 - Les prises en charge complexes et impliquant un risque suicidaire
 - Les prises en charge avec de multiples intervenants

La notion de référence peut être réactualisée et rendue plus homogène au sein de la Fondation.

Cette réactualisation s'appuiera sur les trois éléments suivants :

Harmoniser les pratiques de référence sur la Fondation selon deux axes :

- l'une habituelle centrée sur la prise en charge, le contact direct au patient et assurée spécifiquement par un soignant
- l'autre centrée sur la coordination du parcours, la vigilance, la mise en lien et la bonne circulation des informations concernant une personne soignée

La notion de référent de coordination n'est pas nécessairement du registre du soignant mais peut être assumée par une assistante sociale, une secrétaire ou un tiers extérieur notamment lorsqu'il s'agit d'un patient vivant en établissement médico-social

Définir un outil partagé de suivi de parcours à partir de ce que chaque intervenant potentiel attend en matière de coordination (le médecin traitant, la structure médico-sociale, l'hôpital de jour, l'Unité Fonctionnelle d'hospitalisation complète etc...). Une attention particulière sera portée aux critères d'alerte concernant les patients non venus à leur rendez-vous en Centre Médico-Psychologique.

Informatiser l'outil créé dans Cortexte, à charge de revoir le paramétrage, les possibilités d'accès, les droits individuels...

En synthèse, l'évolution des compétences pourrait se traduire par :

- Le renforcement des temps d'assistante sociale afin de limiter les temps d'hospitalisation
- L'émergence de professions éducatives (en matière de stimulation des compétences sociales des patients, approche éducative des patients autistes...)
- La formalisation des délégations d'actions médicales entre psychiatres/psychologues et infirmiers mais également entre infirmiers et aides-soignants
- L'actualisation de la fonction de référence de patients complétée d'une fonction de référence de parcours en vue d'optimiser les prises en charge
- L'adaptation de l'outil informatique (tablette)

ANNEXE 3 - BILAN DU PROJET DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT 2012/2016

THÈMES	PROGRAMMES D' ACTIONS	FAIT NON FAIT	COMMENTAIRES
Philosophie du soin	Objectif 1 : favoriser la réflexion éthique	Fait	Comité éthique en place depuis plusieurs années
	Objectif 2 : promouvoir les droits du patient	Fait	Arrêt sur 2014-2015, reprise avec rythme soutenu à partir de 2016
	Objectif 3 : développer la notion de bientraitance	Fait	Objectif partiellement atteint, à développer dans le cadre du plan de formation à partir de 2016
	Objectif 4 : faire de la lutte contre la douleur une priorité	Fait	Dynamique relancée en 2015, groupe Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) - Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité des Soins (IPAQS)
	Objectif 5 : intégrer une politique de développement durable	Non fait	Rédaction en cours à partir du projet 2017 - 2021
Les bonnes pratiques	Objectif 1 : renforcer le dispositif Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)	Fait	5 groupes Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) actifs et 2 nouvelles Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) programmées en 2016
	Objectif 2 : soutenir l'élaboration des bonnes pratiques	Fait	Actions de prévention en santé mentale mises en place
	Objectif 3 : optimiser le management et l'accompagnement d'équipe	Fait	Concertation de l'encadrement, publication documentaire interne et accès au Centre d'Information et de Documentation (CID)
	Objectif 4 : suivre l'évolution des métiers d'encadrement dans le domaine du soin	Partiellement	Réajustement des fiches de poste programmé d'ici à fin 2017
	Objectif 5 : instaurer le développement professionnel continu	Non fait	Cette politique n'a pas fait l'objet d'un développement sur la Fondation
	Objectif 6 : mesurer le niveau d'efficacité de soins et de gestion des risques	Fait	Mise en place du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et de la cartographie des risques ; harmonisation des rapports d'activité
	Objectif 7 : poursuivre les actions engagées dans le domaine de l'hygiène hospitalière	Fait	Hygiène et adhésion à la Fédération Inter Hospitalière d'Hygiène

THÈMES	PROGRAMMES D' ACTIONS	FAIT NON FAIT	COMMENTAIRES
Les outils d'organisation du soin	Objectif 1 : assurer un accueil de qualité	Fait	Enquêtes de satisfaction en place, Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) examen médical d'admission, Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) préparation de la sortie
	Objectif 2 : intégrer par la prescription les activités à médiation dans la prise en charge du patient	Fait	Structuration du pôle socio-thérapeutique et socio-culturel avec prescription médicale des activités
	Objectif 3 : harmoniser et sécuriser l'administration du médicament	Fait	Signalement et analyse des erreurs médicamenteuses en cours
	Objectif 4 : rassembler les éléments constitutifs du projet thérapeutique individualisé du patient	Partiellement	Mise en œuvre du support démarche de soins dans la nouvelle version Cortexe
	Objectif 5 : coordonner et assurer la continuité des soins	Fait	Réunions pluridisciplinaires, réunions de synthèse, conseil de pôle, Comité de Retour d'EXpérience (CREX), plan de formation
	Objectif 6 : planifier et organiser la sortie du patient	En cours	Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) préparation de la sortie ; conventions avec les partenaires du réseau
	Objectif 7 : développer les transmissions ciblées	Initié	À mettre en œuvre ; formation à programmer
	Objectif 8 : optimiser l'organisation des soins par les emplois postés	Partiellement	(préparation et dispensation) ; ces positionnements sont à consolider au niveau de certaines unités

THÈMES	PROGRAMMES D' ACTIONS	FAIT NON FAIT	COMMENTAIRES
Réflexion Recherche	Objectif 1 : déterminer les besoins en formation	Fait	Formation : les entretiens professionnels ont été mis en place
	Objectif 2 : développer les liens avec les instituts de formation	Fait	Au niveau des IFSI, intervention de professionnels, accueils en stage, réunions annuelles de fonctionnement
	Objectif 3 : dynamiser l'aspect recherche en soins	Fait	Production écrite en rapport avec les journées sur le site de la Fondation, collaboration avec les partenaires et les professionnels du territoire des autres établissements.
	Objectif 4 : promouvoir et partager le partage des savoirs	Fait	Réunions cliniques et de synthèse au sein des unités
	Objectif 5 : faciliter l'intégration des nouveaux personnels	Fait	Journée d'accueil des nouveaux arrivants, tutorat professionnel des infirmiers (action ARS)
	Objectif 6 : faire des entretiens individuels un outil de coordination	En cours	Préparation d'une synthèse des entretiens pour l'élaboration du plan de formation
	Objectif 7 : mettre en œuvre l'Éducation Thérapeutique du Patient	Fait	Encadrement assuré par la pharmacienne de l'établissement
	Objectif 8 : initier un projet de stage de découverte	En cours	Axe à développer ; il a déjà été initié ; intra-hospitalier + collaboration inter-établissements
	Objectif 9 : développer une culture partenariale	Fait	Territoire sur les thématiques de la filière gériatrique de la prise en charge des addictions, de la précarité, du suicide

ANNEXE 4 - OBSERVATOIRE D'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE

A - OBSERVATOIRE D'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE- JUSTIFICATION / CONTEXTE

L'Electroconvulsivothérapie (ECT) est un traitement qui consiste à provoquer une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique administré en transcrânien sous anesthésie générale et curarisation. L'efficacité thérapeutique apparaît après une série de séances, dite de sevrage simple, qui sont souvent suivies de séances d'ECT d'entretien (continuation puis maintenance) pouvant dépasser 1 an. Les pathologies psychiatriques sont plus spécialement les troubles thymiques pharmaco-résistants unipolaires ou bipolaires ; chez ces derniers les indications peuvent être aussi : les états mixtes, les cycles rapides, l'état maniaque, les formes avec mélancolie délirante ; chez les deux types de dépressions la forme à haut risque suicidaire. Dans la dépression l'efficacité à court terme avoisine les 90% des patients.

Des enquêtes de pratique réalisées en France retrouvent des modalités différentes de prise en charge anesthésique suivant les centres, ces variations portant essentiellement sur les produits anesthésiques utilisés ainsi que les procédures de monitoring. Une enquête de pratique réalisée en 2013 auprès des 5 centres de la région Poitou Charente a également retrouvé ces différences qui portaient essentiellement sur :

- la prémédication (prémédication par le Paracétamol par un centre),
- la posologie des curares (succinylcholine, posologie variant de 0,2 mg/kg à 1 mg/kg selon les centres),
- la posologie des hypnotiques (propofol, posologie variant entre 1 et 1,5 mg/kg selon les centres, substituée par l'étomidate en cas d'augmentation trop importante des seuils de stimulation),
- le monitoring (capnographie utilisée par un centre, monitoring de la curarisation par un centre),
- la prévention et le traitement des événements hémodynamiques (utilisation systématique de l'atropine par un centre, utilisation large des bêtabloquants par un centre).

Ces différences peuvent avoir une influence sur la morbidité, la tolérance et l'efficacité des séances d'ECT. Aucun consensus n'existe actuellement sur le meilleur type de prise en charge, en particulier concernant le choix de l'hypnotique. Une récente revue de la littérature ne permettait pas de conclure sur ce choix ni sur la posologie optimale des hypnotiques. Cette revue soulignait également l'absence de données concernant les conséquences de l'inhibition de la sécrétion surrénalienne liée à l'utilisation répétée d'éto- midate. La création d'un observatoire de l'activité ECT en France pourrait permettre de mettre en évidence des relations entre procédure anesthésique et devenir des patients et susciter ainsi la réalisation d'études.

B - OBJECTIFS

- Évaluer l'efficacité de l'ECT,
- Évaluer les effets secondaires liés aux différents paramètres du traitement par sismothérapie (nombre de séances, charge délivrée, mode de stimulation...). Ces effets secondaires sont représentés essentiellement par les troubles cognitifs mnésiques qui seront évalués par un bilan neuropsychologique avant les séances de sismothérapie, puis après les séances. Cela permettra d'évaluer l'impact de la sismothérapie sur l'aspect de la mémoire chez les patients nécessitant un traitement par sismothérapie,
- Évaluer les effets secondaires portant sur le nombre de fractures dentaires et l'adaptation d'une protection dentaire limitant ces effets. Nous pensons pouvoir mettre en place un projet de recherche permettant de comparer les différents types de protection dentaire et de choisir le matériel le plus adapté pour les séances de sismothérapie, avec comme objectif de diminuer le nombre de fractures dentaires qui existent chez ces patients,
- Évaluer la mortalité chez les patients bénéficiant d'ECT,
- Aider à une personnalisation de la dose du produit anesthésique,
- Évaluer les facteurs de risques et les comorbidités,
- Évaluer les pratiques de soin,
- Mettre en place la surveillance sanitaire,

La création d'un observatoire permettrait de développer des protocoles de recherche

sur le choix des produits anesthésiques utilisés et leurs posologies ainsi que les procédures visant à limiter la morbidité de ces séances.

C - MÉTHODE D'OBSERVATION

Création d'un observatoire.

Les données recueillies pour chaque cas notifié se font à l'aide de plusieurs fiches détaillées ci-dessous :

Fiche identification : Cette fiche contient des informations suivantes : la date de naissance ainsi que le sexe.

Ces informations permettent de s'assurer que le patient ne sera pas inclus en doublons dans l'observatoire. Ces informations ne seront visibles que par le personnel médical de chaque centre. Seuls les investigateurs du centre incluant un patient donné pourront voir les données nominatives de ce patient.

Les initiales, le numéro d'inclusion et le numéro du centre du sujet : numéro d'identifiant visible par tous les personnels autorisés à utiliser l'observatoire.

Fiche bilan présevrage simple : à remplir en début de traitement avec les caractéristiques du patient, l'indication des ECT, les évaluations au début du traitement, les traitements psychiatriques, les pathologies somatiques associées et les traitements associés

Fiche sevrage simple/séance : à remplir à chaque séance de sevrage simple avec la date de la séance et en particulier le type d'appareil ECT (Spectrum ou Thymatron), le lieu de stimulation sur le scalp, niveau de charge, durée de crise et arrêt brutal, prémédication, type d'anesthésie, curare, autres traitements, complications post ECT

Fiche postsevrage simple : à remplir avec date du bilan, motif d'arrêt, traitements psychiatriques, évaluation de fin de traitement, choix ou non de traitement de consolidation

Fiche évaluation : à remplir à chaque évaluation avec la date, les évaluations réalisées

Fiche entretien : à remplir avec la date de la séance et en particulier le type d'appareil ECT (Spectrum ou Thymatron), le lieu de stimulation sur le scalp, niveau de charge, durée de crise et arrêt brutal, prémédication, type d'anesthésie, curare, autres traitements, complications post ECT

Fiche sortie avec une date de sortie, un type d'arrêt, le motif de l'arrêt

Fiche événement indésirable : collecte de tous les événements indésirables en cours de sevrage simple nécessitant un changement de la prise en charge

D - ORIGINE ET NATURE DES DONNÉES NOMINATIVES

Les données recueillies : date de naissance et sexe du patient sont utilisées afin de contrôler les doublons au sein de l'observatoire (en complément des initiales). Cette information est collectée à l'aide de la fiche d'identification qui permet d'avoir la correspondance entre le nom complet et le numéro unique d'identification du patient. Toutes les autres fiches sont renseignées à l'aide du numéro du patient. Il est à noter que seuls les investigateurs d'un centre donné auront accès aux données des patients inclus dans leur centre. Pour les autres patients inclus dans des centres différents, ils n'auront visibilité que sur les données anonymisées.

E - MODE DE CIRCULATION DES DONNÉES

La gestion de l'observatoire sera réalisée avec le logiciel Clinsight de la société Ennov. Chaque personne participant au recueil de données se verra attribué des codes d'accès personnel à l'observatoire selon le centre auquel il dépend et selon son rôle dans la collection des données. Le mot de passe de connexion sera changé tous les 3 mois. Chaque modification d'une donnée dans l'observatoire sera notifiée par le système de manière à garantir la traçabilité.

F - MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES



Les statistiques de base s'attacheront à décrire la population en termes de situation sociodémographique, de pathologie, de traitements. L'efficacité des sevrages simples, les caractéristiques de stimulation, les produits anesthésiques ainsi que les complications seront décrits. Selon la nature de la variable expliquée, la modélisation utilisera des régressions logistiques ou polytomiques ou linéaires. Les premières analyses débiteront 1 an après la première inclusion sur les patients inclus qui auront au moins fini un sevrage simple d'ECT. Chaque année un bilan statistique sera prévu.

ANNEXE 5 - PROJET DES USAGERS : RECOMMANDATIONS DÉTAILLÉES

À la différence des recommandations du Forum Citoyen, celles de la représentation des usagers apparaissent en italique.

A - LA PRISE EN CHARGE DU « PATIENT »



Recommandation n°1 : Améliorer la prise en charge médicale

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
<i>Relations difficiles entre les psychiatres et les familles ; le renvoi vers les infirmiers n'est pas toujours compris.</i>	<i>Attirer l'attention des soignants sur l'importance de la façon dont est donnée la réponse à l'appel de la famille pour que cette réponse soit comprise et acceptée.</i>	<i>Une question spécifique sur le sujet dans l'enquête de satisfaction</i>
Remarque des professionnels :		
Les médecins précisent que les relations sont parfois un peu difficiles pour certains patients mais pas de façon systématique. Il ne s'agit pas d'un renvoi vers les infirmiers mais d'une utilisation du dispositif existant. Voir Projet médical, axe 5		
Consultations généralement trop courtes.		
Voir Projet médical : axe 5		
<i>Information insuffisante ou trop rapide donnée par le psychiatre ou par les soignants lors des consultations ou au cours des hospitalisations.</i>	<i>Améliorer le retour d'information au patient lors des consultations et au cours des hospitalisations.</i>	<i>Une question spécifique sur le sujet dans l'enquête de satisfaction</i>
Voir Projet médical, axe 5, renforcer la relation patient-médecin		
<i>Traitements médicamenteux et leurs conséquences pas assez explicités ou mal compris.</i>	<i>Accélérer la mise en œuvre de l'Éducation Thérapeutique du Patient ciblée sur les traitements médicamenteux</i>	<i>Le nombre de programmes d'éducation thérapeutique</i>
Voir Projet médical, axe 4, éducation thérapeutique		
<i>Le programme d'éducation thérapeutique ARSIMED s'avère d'une grande efficacité pour éviter les hospitalisations récurrentes.</i>	<i>Mettre en place des indicateurs de cette efficacité à mettre en avant pour obtenir les moyens de le déployer plus largement</i>	<i>Le taux de réhospitalisation des patients concernés</i>

Recommandation n°2 : Mieux répondre aux situations d'urgence et de crise

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
<i>Familles démunies en situation de crise, les médecins ne se déplaçant généralement pas.</i>	<i>Organiser des formations pour les familles autour de la gestion des crises.</i>	<i>Le nombre de formations</i>
Dysfonctionnement du dispositif « le patient au bon moment au bon endroit ».	Trouver la bonne orientation du patient après une évaluation dans des délais adaptés.	Le nombre d'admissions réglées par les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation
Voir Projet médical, axe 1		
Difficulté d'accueil, voire refus d'hospitalisation en psychiatrie (en urgence ou programmée) pour des personnes âgées en structure.	Créer des places d'accueil d'urgence en gérontopsychiatrie et renforcer les liens avec les structures concernées.	
Remarque de la direction : Cette recommandation est irréalisable car la Haute Autorité de la Santé n'accorde pas de création de poste.		
<i>Lorsque des résidents de structures de la Fondation partent aux urgences d'un des hôpitaux généraux du territoire, défaut d'information des proches aidants de cette hospitalisation, et défaut d'information du service des urgences sur les soins psychiatriques requis.</i>	<i>Lors d'un départ vers les urgences, s'assurer de façon systématique, que les proches aidants en soient immédiatement informés, et que les urgences soient informées des soins psychiatriques dont le patient a besoin.</i>	<i>Un protocole à mettre en place</i>
Voir Projet médical, axe 5, prise en charge somatique des personnes accueillies		

Recommandation n°3 : Développer la concertation entre les acteurs lors de la sortie d'hospitalisation

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
	Mettre en œuvre des dispositifs internes à la Fondation pour mieux suivre le parcours du patient après l'hospitalisation.	La nature et le nombre des dispositifs
Insuffisance d'accompagnement du patient sortant pour la réalisation de son projet de vie.	Améliorer la liaison avec les familles et avec les partenaires institutionnels.	Le protocole et le nombre de réunions
	Informers sur les associations (de familles, de patients).	
	<i>Contribuer à la dynamique de la formation des pairs et des familles.</i>	<i>Le nombre de formations</i>
Voir Dispositifs transversaux : prise en charge psychologique, service social. Voir Projet médical, axe 4, éducation thérapeutique.		

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
Insuffisance de la concertation, de la coordination et de la transmission d'information entre les différents acteurs.	Mettre en place un outil confidentiel et sécurisé de communication et de coordination entre les différents acteurs.	Les comptes-rendus d'hospitalisation et le délai de leur transmission
Voir Projet médical, axe 5, articulation avec la médecine de ville. Voir Projet de soins et d'accompagnement 8 : articulation avec le pôle médico-social.		
Cloisonnement des compétences : le déficit de communication entre les intervenants aux métiers différents nuit à la prise en charge globale du patient.	Favoriser les formations croisées des différents intervenants pour un suivi plus efficace.	Nombre de formation aux transmissions
Voir Projet médical, axe 5, articulation avec la médecine de ville. Voir Projet de soins et d'accompagnement 8 : articulation avec le pôle médico-social.		

B - LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'AUTISME



Recommandation n°4 : Poser et annoncer le diagnostic

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
L'annonce d'un diagnostic relatif à l'autisme n'est pas toujours faite dans le respect de la volonté du patient.	Mettre en place un protocole d'annonce d'un diagnostic relatif à l'autisme pour tous les médecins.	Le protocole d'annonce
Dans le département, il est impossible d'obtenir un diagnostic dont le niveau permet d'avoir accès aux aides mises en place par le Département (pas de structure habilitée à le poser).	Mettre en place, à la Fondation, les moyens de réaliser un diagnostic du niveau requis pour avoir accès aux aides du Département. Améliorer la formation initiale et continue des professionnels basée sur les dernières connaissances relatives à l'autisme.	Une question spécifique sur le sujet dans l'enquête de satisfaction Le nombre de formations suivies
Voir Projet médical, axe 4, consolider les prises en charges spécifiques (autisme).		
Voir Projet du secteur social et médico-social, orientation stratégique 1 d (optimiser l'accompagnement des personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement.)		

Recommandation n°5 : Donner une vraie place à l'enfant et à sa famille dans le processus de prise en charge

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
Les patients et les familles sont encore exclus de la prise en charge : ce qui est fait dans les structures n'est pas forcément investi à domicile et inversement.	Améliorer l'attention portée à la place et à la singularité de la famille et de la personne concernée par l'autisme, en se basant sur ce qui sera fonctionnel dans la vie courante et non sur le mode de fonctionnement de la structure. Communiquer sur ce qui peut être généralisé à domicile.	
<p>Mise en place de l'évaluation fonctionnelle pour tous les enfants diagnostiqués Troubles Envahissants du Développement et accueillis en hôpital de jour.</p> <p>Suivi de la mise en place du Projet Pédagogique Individualisé en concertation avec les familles et les partenaires.</p> <p>Participation des familles aux synthèses dans les hôpitaux de jour.</p> <p>Nomination d'un référent pour les enfants accueillis en hôpital de jour.</p>		
Un temps précieux est perdu faute de partage des informations entre les parents, qui sont ceux qui connaissent le mieux leur enfant, et les professionnels, qui sont ceux qui connaissent le mieux la prise en charge de leur handicap.	Permettre aux familles de donner des informations ponctuelles qui pourraient éviter des problèmes de comportement (hyper- ou hypo-sensibilité). Construire une alliance parents-professionnels au service de la personne concernée par l'autisme.	Le support de liaison parents-professionnels
<p>Mise en place du Projet Pédagogique Individualisé en collaboration avec les familles (+ idem point 1)</p>		
Absence des parents lors des rencontres entre les professionnels extérieurs, en particulier de l'éducation nationale.	Mieux associer les familles en leur permettant de participer à ces rencontres si elles le souhaitent.	Le nombre de réunions associant les familles
Dénigrement par certains professionnels des méthodes comportementales recommandées par la Haute Autorité de la Santé.	Faire bénéficier d'un accompagnement spécifique les professionnels concernés, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de la Santé.	Le nombre des personnels formés aux recommandations de la Haute Autorité de la Santé
Absence d'interventions à domicile pour une guidance parentale.		
<p>Possible sous forme de vacations à domicile (?) sans se substituer au Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile.</p>		
Absence de soutien aux familles et, en particulier, aux fratries.	Mettre en place une formation des familles, dont les fratries. Organiser des rencontres entre familles.	Le nombre des formations
<p>Voir Projet médical, axe 4, consolider les prises en charges spécifiques (autisme).</p> <p>Voir Projet du secteur social et médico-social, orientation stratégique 1 d (optimiser l'accompagnement des personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement.)</p>		

Recommandation n°6 : Pour l'autisme, mettre en place l'évaluation, le projet personnalisé et les supervisions extérieures

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
Pas d'évaluation objective par les outils éprouvés et recommandés par la Haute Autorité à la Santé (interview d'évaluation ADI, échelle d'observation ADOS...).	Mettre en place une évaluation régulière par l'équipe (1 fois/an) devant explorer l'ensemble des « domaines de vie » (communication et langage, interactions sociales, émotion et comportement, domaines cognitifs, sensoriel et moteur, autonomie dans les activités quotidiennes et les apprentissages, en particulier scolaires et pré-professionnels) pour ajuster les interventions proposées.	Les outils d'évaluation : l'évaluation fonctionnelle en conformité avec les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles
Absence de programme individuel personnalisé, et de concertation avec les parents.	Mettre en place un projet d'accompagnement individuel co-signé par la personne concernée, sa famille et les partenaires.	Le nombre de projets personnels d'intervention
Manque de formation des personnels.	Faire « bouger ponctuellement » les professionnels dans d'autres établissements afin de « prendre » les bonnes pratiques.	Le nombre de stages inter-établissement
Absence de supervisions extérieures.	Mettre en place des supervisions régulières par des professionnels extérieurs « experts ».	Le nombre de supervisions
	Développer les partenariats avec les intervenants extérieurs.	Le nombre de conventions

Voir Projet médical, axe 4, consolider les prises en charges spécifiques (autisme).

Voir Projet du secteur social et médico-social, orientation stratégique 1 d (optimiser l'accompagnement des personnes présentant des Troubles Envahissants du Développement.)

C - LE FONCTIONNEMENT DE L'INSTITUTION



Recommandation n°7 : Améliorer l'efficacité de la représentation des usagers

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
<i>Les représentants des usagers dans les Conseils de Vie Sociale sont élus et représentent un nombre d'usagers limité (de 8 pour 33 à 6 pour 120 suivant les établissements).</i>	<i>Veiller à ce que les usagers et/ou leur famille soient bien informés de ce qu'ils peuvent attendre de leurs représentants, en particulier au moment des élections.</i>	<i>Documents produits et transmis</i>

Voir avec les responsables des structures et avec la Commission Des Usagers (CDU)

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
Les 7 représentants des usagers au sein de la Commission Des Usagers (CDU) sont désignés par des associations agréées et représentent une file active de 11 000 personnes (dont 9500 en ambulatoire).	Aider les représentants des usagers à la Commission Des Usagers (CDU) à prendre la mesure de la population représentée.	Nombre des visites des sites de la Fondation
Voir avec la Commission Des Usagers (CDU).		
Les usagers (résidents et/ou aidants) sont parfois confrontés à des événements qu'ils considèrent comme indésirables, ou à des situations qu'ils ne comprennent pas.	Rendre plus aisée la procédure des réclamations. Mettre en place un mode de signalement de ces événements et/ou situations qui évite d'être ressenti de façon systématiquement agressive par les personnels.	Évolution du dispositif mis en place pour recueillir les observations et les plaintes des usagers
Voir avec la Commission Des Usagers (CDU) et le projet qualité et gestion des risques.		

Recommandation n°8 : Améliorer la « lisibilité » et la visibilité de la Fondation Bon Sauveur

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
L'accès aux lieux d'accueil et de soin est souvent rendu difficile faute d'une signalisation adaptée.	Veiller à la clarté de la signalisation, et harmoniser la désignation de ces lieux entre les brochures, les pages Web et la signalétique...	Nouvelle signalétique
Voir projet logistique.		
L'utilisation intensive des acronymes rend inintelligible les discours de professionnels lors des réunions les associant à des usagers et à des personnes extérieures.	Modérer l'utilisation des acronymes dans ces réunions, et éditer un répertoire des acronymes utilisés aussi bien dans la Fondation que par ses organismes de tutelle.	Répertoire des acronymes
Voir le projet communication		
La communication en direction des usagers (brochures et site web) part le plus souvent de ce qu'est la Fondation du Bon Sauveur au lieu de partir de l'information que recherche l'utilisateur.	Revoir les outils de communication pour que l'information qui y est donnée réponde en priorité aux attentes de leurs destinataires.	Nouveau site Internet de la Fondation
Voir le projet communication		

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
<i>La maladie mentale est souvent stigmatisée et continue à « faire peur », ce qui est une situation difficile à vivre pour les malades et leur famille.</i>	<i>Développer une communication positive sur le territoire, en particulier en organisant en plus grand nombre des événements et des animations ouverts au public.</i>	<i>Évènements mis en œuvre et/ou événements auxquels la Fondation a participé</i>
Voir le projet culturel.		

Recommandation n°9 : Améliorer le déroulement du séjour des usagers

CONSTATS	DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION	INDICATEURS
<i>Si la qualité des repas s'est nettement améliorée depuis un an, beaucoup regrettent la disparition des cuisines dans les établissements au profit de repas de « collectivité » souvent intrinsèquement médiocres.</i>	<i>S'inspirer des initiatives, dont la presse régionale se fait parfois l'écho, qui visent à sortir de la médiocrité les repas servis dans les collectivités (écoles, hôpitaux...).</i>	<i>Enquête de satisfaction</i>
Voir le projet hôtelier.		
<i>Les ateliers « Cuisine » rencontrent un grand succès.</i>	<i>Envisager leur extension ?</i>	<i>Évolution de leur nombre</i>
Voir le projet du secteur social et médico-social, orientation stratégique 1		
<i>L'inactivité pèse lourdement sur les résidents et sur les personnes hospitalisées.</i>	<i>Ne pas supprimer l'une ou l'autre des activités proposés sans avoir pris en considération l'impact de cette suppression sur leurs bénéficiaires et programmé son remplacement.</i>	<i>Nombre d'animations/de séjours par établissement Évolution de l'activité du pôle « Service thérapeutique et socio-culturel</i>
Voir le projet du secteur social et médico-social, orientation stratégique 1, le projet culturel.		
<i>L'efficacité thérapeutique des ateliers est indéniable, bien que malaisée à faire apparaître auprès des financeurs.</i>	<i>Réfléchir à la réalisation d'un outil permettant de « mesurer » l'efficacité thérapeutique des ateliers.</i>	
Voir le projet du secteur social et médico-social		

Fondation Bon Sauveur

1 rue du Bon Sauveur - BP 1 - 22140 Bégard

ESPIC, Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
et Pôle Social et Médico-Social

Tél. 02 96 45 20 10 - Fax 02 96 45 37 20
www.fondationbonsauveur.com