Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Plouguernével 2018-2022

Association Hospitalière DE BRETAGNE

Décembre 2017

2 route de Rostrenen 22110 PLOUGUERNEVEL
☎ 02 96 57 10 00 - 🖷 02 96 36 03 24 - 💻 direction.generale@ahbretagne.com
www.ahbretagne.com

Sommaire

Préambule p° 5

I. Présentation de l'Association et des activités P° 7

A. La gouvernance P° 7

B. Nos valeurs P° 8

C. L'implantation de l'AHB P° 9

D. Filières et dispositifs de soins P° 12

E. Nos partenariats et réseaux P° 16

II. Analyse du contexte et perspectives d'évolution P° 18

A. Enjeux politiques à l'échelle nationale, régionale et territoriale P° 18

B. Caractéristiques populationnelles et offre de soins sur le territoire P° 23

C. Activités de soin en psychiatrie P° 31

D. Activités de soins en médecine et soins de suite P° 35

III. Diagnostic P° 38

IV. Structuration et mise en œuvre P° 43

V. Objectifs stratégiques P° 45

VI. Chantiers transversaux P° 64

VII. Parcours et filières de soins P° 68

A. Filière Psychiatrie générale P° 69

B. Filière Psychiatrie infanto-juvénile P° 87

C. Filière Addictologie P° 101

D. Unité pour Malades Difficiles P° 111

E. Filière Médecins et soins de suite P° 113

VIII. Thématiques spécifiques P° 122

A. Le droit des patients P° 122

B. La politique de l'établissement en matière d'isolement et de contention P° 127

C. Le projet de soins somatiques (dont l'accès aux soins de spécialité, l'imagerie et la biologie) P° 129

D. La prise en charge de la douleur P° 132

E. L'accompagnement en fin de vie P° 134

IX. Projet des usagers P° 136

X. Fonctions supports P° 137

1. Projet social P° 138
2. Projet Qualité et Gestion des risques P° 146
3. Schéma Directeur des Systèmes d'Information P° 158
4. Projet logistique, technique, hôtelier, immobilier et sécurité P° 174
5. Projet pharmaceutique et prise en charge médicamenteuse P° 188
6. Projet Sport, Culture et Lien social P° 194
7. Projet Communication – *En cours d'écriture*
8. Projet du développement durable – *En cours d'écriture*
9. Projet d'optimisation des moyens financiers P° 199

XI. Glossaire P° 212

Préambule

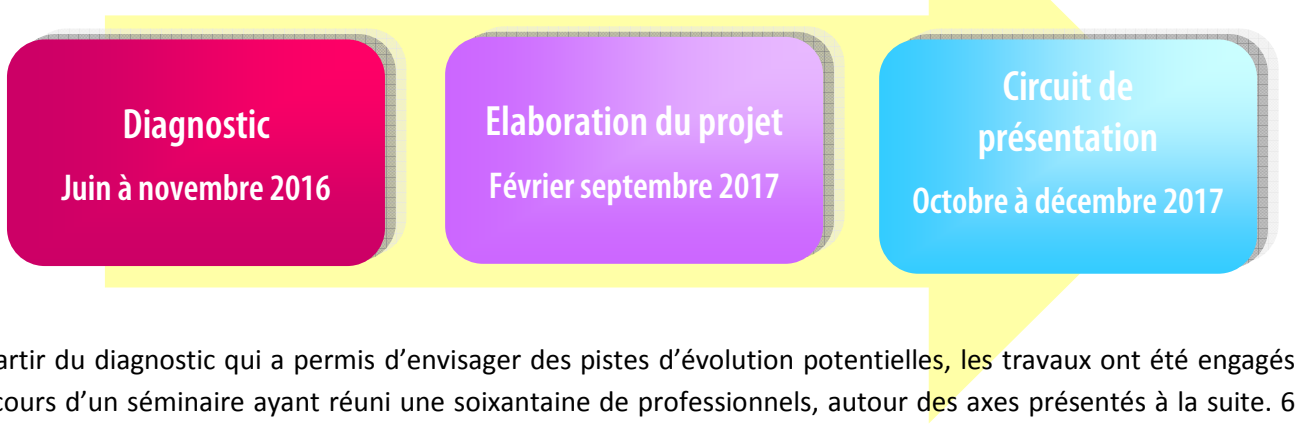
Le projet d'établissement 2018-2022 émane d'une réflexion pluridisciplinaire commune et partagée qui fédère nos équipes au service des personnes soignées et des usagers. Il s'inscrit également dans un environnement global, à l'interface des orientations politiques et des dynamiques et initiatives de terrain.

Pour construire ce projet, nous avons privilégié une posture ouverte au changement et à l'innovation. Ce projet s'inscrit également dans un processus, basé sur le développement des compétences et la complémentarité, inspirant confiance et respect aux usagers, à leurs familles et à nos partenaires.

La dynamique de ce projet découlera de notre capacité à nous mobiliser avec le patient au service de son parcours de soins, et de notre volonté d'y associer son entourage ainsi que tous les acteurs des secteurs du soin et de l'accompagnement social et médico-social.

Afin d'atteindre nos objectifs, nous nous engageons à adapter nos pratiques à l'évolution des prises en soins, en repensant nos organisations et en menant une réflexion continue sur nos pratiques. Pour ce faire, nous renforcerons notre pluridisciplinarité afin de garantir une offre de soins en capacité d'accompagner les projets individualisés des usagers, et nous veillerons au maintien et au développement de nos connaissances à travers la formation, l'interconnaissance et la mobilité.

Ainsi, le projet d'établissement résulte d'une démarche participative, construite autour des trois phases suivantes :



A partir du diagnostic qui a permis d'envisager des pistes d'évolution potentielles, les travaux ont été engagés au cours d'un séminaire ayant réuni une soixantaine de professionnels, autour des axes présentés à la suite. 6 groupes de travail, animés par un binôme cadre interne – consultant, ont été mis en place afin d'apporter des propositions sur les thématiques suivantes :

- Groupe 1 : Optimiser l'offre de soins ambulatoires afin de réduire notamment le recours à l'hospitalisation
- Groupe 2 : Développer la fluidité des parcours hospitaliers et de réhabilitation psycho-sociales
- Groupe 3 : Définir des parcours de soins des cas complexes et personnes fragiles (Soins sous contrainte hospitaliers et ambulatoires, obligations de soins, personnes âgées souffrant de troubles psychiques, migrants, ruptures de soins, situations complexes…)
- Groupe 4 : Evolution des parcours de soins en addictologie sur le territoire 8
- Groupe 5 : Evolution des parcours de soins en pédopsychiatrie (dont adolescents en crise)
- Groupe 6 : Projet médical et de soins de l'UMD

Composés de professionnels représentatifs des métiers de l'hôpital et de représentants des usagers, ces derniers se sont réunis à de nombreuses reprises entre février et mai 2017. Afin d'assurer une cohérence dans les orientations choisies, leurs travaux ont été coordonnés et validés par un comité de pilotage composé du corps médical, de l'encadrement et des représentants des usagers.

Ainsi, le projet d'établissement 2018-2022 résulte d'une dynamique collective ayant mobilisé près de 200 personnes et intègre les contributions et initiatives des équipes de terrain.

I. Présentation de l'Association et des activités

L'Association Hospitalière de Bretagne, association privée à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901, a été fondée le 28 mai 1993.

Elle a été admise à participer au Service Public Hospitalier par Décret n°94-1092 du 16 décembre 1994 pour les établissements suivants :

- Le Centre Hospitalier de Plouguernével,
- La Résidence Keramour de Rostrenen, Unité de Soins de Longue Durée,
- Le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique L'Avancée de Saint-Brieuc.

Dans le but de répondre aux besoins de ses usagers, l'Association Hospitalière de Bretagne réunit une offre de soins et d'accompagnement médico-social ainsi que des compétences au service de la personne, s'articulant autour de quatre grandes filières :

- La santé mentale,
- L'addictologie,
- Les personnes âgées,
- Le handicap.

Elle s'inscrit également dans une dynamique structurée autour de la prévention et de la réinsertion sociale.

A. La gouvernance

Le Conseil d'Administration définit la politique générale de l'Association Hospitalière de Bretagne et délibère sur :

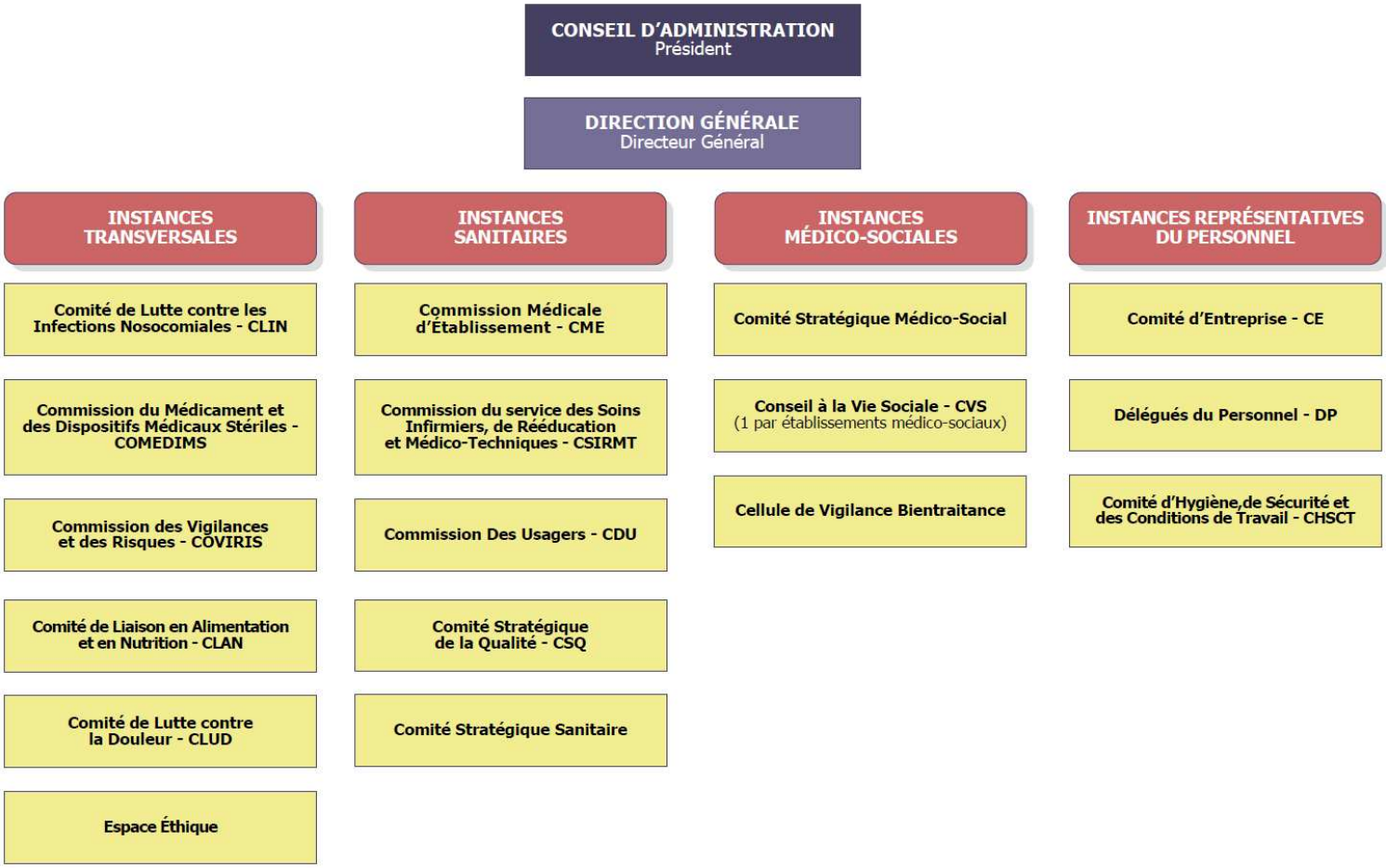
- Le projet d'établissement,
- Le budget, les emprunts, les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation.
- Les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements, le rapport sur les objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir,
- Les créations, suppressions et transformations de structures,
- Les emplois des praticiens hospitaliers et les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnel,
- Le règlement intérieur,
- Les actions judiciaires et les transactions,
- Les conventions et les actions de coopération.

Le Conseil d'Administration comporte des élus locaux, des représentants des familles (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux - UNAFAM), des représentants du personnel et du corps médical et des personnalités qualifiées.

Le secteur sanitaire s'appuie également sur :

- La Commission Médicale d'Etablissement, qui contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en soin des usagers,
- La Commission des usagers, qui veille au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

❖ Les instances de l'AHB



Les dynamiques internes sont complétées par des instances opérationnelles réunies sur différents sujets (identito-vigilance, systèmes d'information, achats, …).

B. Nos valeurs

Pour mener à bien ces projets, l'Association Hospitalière de Bretagne et les professionnels qui y exercent partagent une éthique, des concepts et des valeurs partagées, modélisés par un acronyme :

- ❖ Reconnaître la personne accueillie dans son individualité, avec ses capacités et ses limites,
- ❖ Respecter les différences et la dignité de chacun,
- ❖ Savoir faire preuve d'empathie, de solidarité, d'écoute, de disponibilité, d'équité et de professionnalisme.

Communication
Respect
Equité
Professionnalisme
Ethique
Solidarité

En effet, les évolutions de notre organisation et les progrès attendus se construisent sur des valeurs éthiques énoncées qui donnent du sens aux pratiques de soins et guident les professionnels qui exercent dans l'établissement. Ces valeurs visent à respecter les droits et les libertés individuelles de la personne accompagnée.

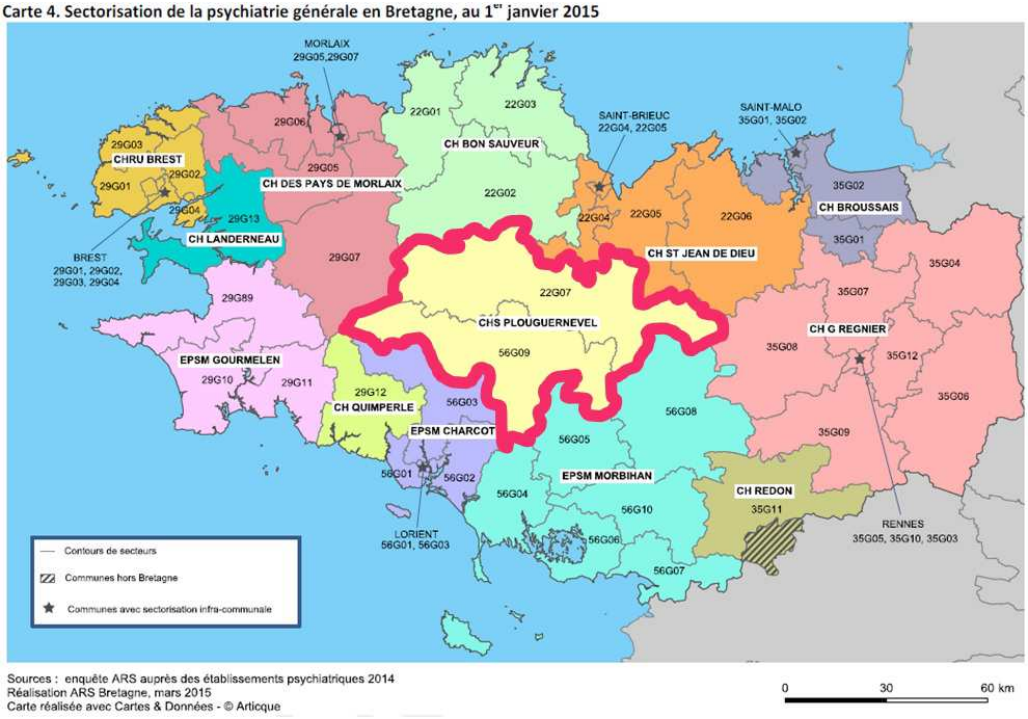
Nous ne pouvons exercer nos métiers sans être confrontés dans nos pratiques à des questionnements éthiques. En effet, il arrive que certaines de nos décisions individuelles ou collectives, prises ou à prendre, aient parfois le besoin d'être analysées et clarifiées au regard du système de valeurs de chacun. C'est pourquoi, un espace de réflexion éthique[1] a été mis en place au sein de l'association. Dans un objectif de maintenir notre esprit critique et notre capacité de coopération, nous devons veiller à nous saisir de ce temps de réflexion pour tenter de comprendre une situation qui bouscule nos normes, nos valeurs, nos comportements ou nos repères.

Les valeurs partagées conditionnent et animent le travail d'équipe. Elles déterminent la conception dans l'établissement de notre pratique quotidienne. Au-delà des valeurs institutionnelles doit être posé le principe que la personne accompagnée en soin n'est pas un bénéficiaire de soins mais en est un destinataire. Ce qui implique, une conception du soin qui nous positionne dans une logique de prise en compte de la personne dans son parcours de soins et de vie et non dans une logique de prise en charge. Ainsi, la personne en soins est un sujet actif d'un épisode de sa santé ou de sa vie avec lequel nous devons développer ses possibilités et ses potentialités.

C. L'implantation de l'AHB

Sur le champ de la santé mentale, le Centre Hospitalier de Plouguernével répond aux besoins de la population des **secteurs 22 G 07 et 56 G 09**, recouvrant pour l'essentiel le territoire de démocratie sanitaire Loudéac – Pontivy (Cf. cartographies). Majoritairement basée sur les sites de Plouguernével, Pontivy, Rostrenen, Loudéac, notre offre sanitaire s'organise d'après un maillage territorial adapté au contexte d'habitat rural du Centre Bretagne et des spécificités s'y rattachant. Sur le territoire, elle s'articule par ailleurs avec l'offre de psychiatrie spécialisée de l'Association

Carte 4. Sectorisation de la psychiatrie générale en Bretagne, au 1er janvier 2015

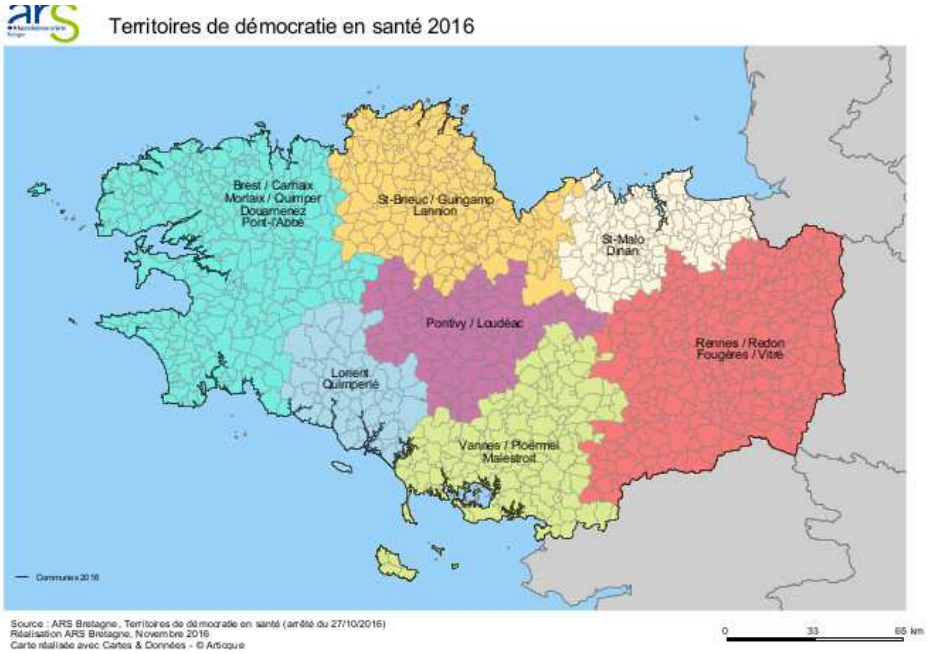


[1] BLUE MEDI « je pose une question à l'espace éthique »

Notre Dame de Joie (ANDJ) à Bréhan et en complémentarité avec l'offre des services du CHCB qui interviennent sur la filière psychiatrique (urgences, pédiatrie, gériatrie, …).

A partir des années 90, l'association a redéployé des moyens humains et financiers et a investi le champ médico-social afin de répondre à des besoins non couverts sur les départements du Finistère et des Côtes d'Armor, sur les communes de Saint-Brieuc, Callac, Ploeuc-sur-Lié, Carhaix et Châteauneuf-du-Faou.

Ainsi, l'Association Hospitalière de Bretagne est donc présente sur trois départements, deux secteurs psychiatriques, 4 territoires de démocratie en santé et 2 territoires de filières gériatriques. Cette position atypique entraîne nécessairement des exigences de coordination et d'investissement sur des dynamiques multiples.



Association Hospitalière
DE BRETAGNE

Côtes d'Armor

Callac
Le Village Vert

Centre L'Avancée
Saint Brieuc
Quintin
Centre Ker Dihun
Le Petit Clos
Plœuc-L'Hermitage

St Nicolas du Pélem
Corlay
Maël-Carhaix
Rostrenen
Plouguernével
Gouarec
Uzel
Plouguenast
Mûr de Bretagne
Loudéac
Merdrignac
Résidence Kenamour

Châteauneuf du Faou
Centre Ker Arthur
Le Village de Persivien
Carhaix
Glomel

Finistère

Cléguérec
Gourin
La Chèze
Pontivy
Les Myriades
Guémené sur Scorff
Rohan
Baud

Ille et Vilaine

Morbihan

Sanitaire

Psychiatrie adulte
- Centre Hospitalier
- UPA (Unité de Psychiatrie Adultes)
- UMD (Unité pour Malades Difficiles)
- CMP (Centre Médico-Psychologique)
- CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)
- HJA (Hôpital de Jour Adultes)
- UMP (Urgences Médico-Psychologiques)
- CMPS (Centre Médico-Psychologique Spécialisé en Addictologie)
- HJAA (Hôpital de Jour Adultes addictologie)
- ELSA (Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie)

Autres
- SMSS (Service de Médecine et de Soins de Suite)
- SSRA (Service de Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique)
- USLD (Unité de Soins de Longue Durée)

Psychiatrie infanto-juvénile
- HJE (Hôpital de Jour Enfants)
- CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents)
- CPEA (Centre Psycho-thérapeutique Enfants et Adolescents)

Social et Médico-Social
- MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)
- FAM/MAS (Foyer d'Accueil Médicalisé/Maison d'Accueil Spécialisée)
- EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
- Accueil de jour Alzheimer
- Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)
- SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
- E.S.A.T. (Établissement et Service dAide par le Travail)
- S.A.V.S. (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)
- Résidence d'Accueil

Janvier 2017

D. Filières et dispositifs de soins

L'A.H.B. organise et gère des dispositifs articulés autour des filières suivantes :

- La santé mentale,
- L'addictologie,
- Les personnes âgées,
- Le handicap,
- La prévention et la réinsertion sociale.

De par sa position géographique, l'organisation et l'activité déployées par les secteurs se caractérisent par un maillage territorial au plus près de la population, nécessaire de par l'habitat rural et la faiblesse des moyens de transport.

Afin de répondre au mieux aux besoins des populations accueillies et sur la base d'une sectorisation psychiatrique organisée, l'AHB a construit son offre et ses activités dans une logique intersectorielle, permettant une réponse cohérente sur l'ensemble du territoire d'intervention.

La santé mentale

Ainsi, le CH de Plouguernével a répondu aux besoins de soins en santé mentale de 8 795 patients, soit 6 % de la population du secteur prise en charge en 2016, dans le cadre de ses activités de psychiatrie sectorisée. Il représente en effet :

- En psychiatrie sectorisée : 160 lits sur 2 sites.
  - 139 lits en Hospitalisation plein temps sur le site du CH de Plouguernével, répartis sur deux unités d'entrée (49 lits d'admission, dont 24 en intersectoriel), une unité intersectorielle de soins prolongés et réhabilitation psycho-sociale (27 lits), une unité intersectorielle destinée aux hospitalisations sans consentement (20 lits), une unité intersectorielle de géronto-psychiatrie (25 lits) et unité de soins en addictologie (18 lits) ;
  - Une unité d'entrée sur le site du Centre Hospitalier du Centre-Bretagne à Noyal-Pontivy (21 lits) ;
- En hospitalisation à temps partiel : 86 places réparties sur 3 hôpitaux de jour adultes, 3 hôpitaux de jour enfants et 1 hôpital de jour pour adolescents.
- En ambulatoire, l'offre comprend :
  - 12 Centres Médico-psychologiques ou antennes
  - 1 Unité Médico-psychologique (UMP) 24h/24h sur le site du CHCB Kerio,
  - 1 équipe mobile de géronto-psychiatrie.

L'AHB gère par ailleurs **l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) « Christian Codorniou » de Plouguernével,** ouverte le 2 janvier 2008, qui accueille une population exclusivement masculine sur une capacité de 40 lits répartis en 2 unités de 20 lits. Cette unité couvre les régions Bretagne, Pays-de-la-Loire, Basse-Normandie et le territoire national au titre de la solidarité nationale.

L'addictologie

Le CH de Plouguernevel propose une offre graduée sur le territoire, avec :

- une unité d'hospitalisation niveau 2[2] sur le site de Plouguernével de 18 lits,
- une offre d'hospitalisation à temps partiel (Hôpital de jour) sur Pontivy de 8 places,
- une offre ambulatoire en proximité avec un maillage du territoire important sur 3 CMPS (Pontivy, Loudéac, Rostrenen avec antenne à Gourin), proposant des consultations médico-psychologiques et sociales coordonnées dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire,
- Une offre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA), le Centre de « L'Avancée» à Saint-Brieuc, disposant d'une capacité de 40 lits en chambres individuelles et couvrant les territoires de santé n°6, 7 et 8,
- une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) intervenant sur le territoire et renforcée en 2017 (+1 IDE), avec une adaptation de son organisation en référence aux recommandations régionales (présence IDE 7j/7, couverture des 4 établissements de santé du territoire de santé).
- 3 Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) implantées sur le territoire, en partenariat avec le CSAPA Douar Nevez avec une montée en charge progressive depuis 2 ans.

Les personnes âgées

Dans le cadre de l'organisation des parcours de santé des personnes âgées, nos dispositifs sont organisés pour répondre aux enjeux de gradation de l'offre et s'inscrivent ainsi pleinement dans les orientations des filières gériatriques du territoire.

Ainsi, le service Henri Garnier occupe un rôle de pivot en lien avec les autres acteurs du territoire, médecins généralistes et professionnels du premier recours, intervenants au domicile, soins de courte durée des hôpitaux référents du territoire de santé, unité de soins de longue durée ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il représente une capacité de 10 lits de médecine et de 15 lits de soins de suite polyvalents. Il est complété par l'offre de la Résidence Keramour à Rostrenen (90 lits d'EHPAD, 6 places d'Accueil de Jour, 1 Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et 30 lits d'USLD).

L'offre de soins et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes constituée par le service de médecine / Soins de suite et l'EHPAD / USLD est assimilable à celle d'un hôpital local, avec un rôle d'acteur de proximité dans l'organisation des parcours de soins au sein de la filière gériatrique du territoire, pour les patients du nord-ouest du TS8.

Le handicap

L'AHB compte 5 Maisons d'Accueil Spécialisées. Chaque établissement a ses spécificités selon les publics accueillis, en développant une expertise et des accompagnements spécifiques pour les troubles du spectre

[2] Les unités d'hospitalisation de niveau 2 assurent sevrage et soins complexes

autistique, pour les personnes polyhandicapées, les personnes avec infirmité motrice cérébrale ou les personnes traumatisées crâniens ou cérébro-lésées.

Ainsi, créée en décembre 1993, la **MAS « Le Village Vert » de Callac** propose une capacité d'accueil de 60 places pour des adultes polyhandicapés atteints de déficiences somatiques ou intellectuelles graves

La **MAS « Le Petit Clos » de Plœuc-sur-Lié** a ouvert en octobre 1998 et dispose de 23 places à temps plein et d'une place d'accueil temporaire pour des adultes avec autisme.

Avec une capacité de 31 places d'hébergement et 4 d'accueil de jour, la **MAS « Ker Dihun » de Saint-Brieuc** accueille depuis janvier 1999 des adultes traumatisés crâniens et cérébro-lésés.

Créée en janvier 2003, la **MAS « Le Village de Persivien » de Carhaix dispose de** 45 places pour adultes polyhandicapés.

Ouvert en septembre 2007, **le Centre « Ker Arthur » de Châteauneuf-du-Faou** propose 8 places en MAS à destination d'adultes traumatisés crâniens et cérébro-lésés et 35 places en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour adultes traumatisés crâniens et cérébro-lésés et infirmes moteurs cérébraux.

Par ailleurs, l'AHB est également gestionnaire :

- D'un **Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) de Saint-Brieuc,** ouvert en janvier 2006, à hauteur de 25 places pour adultes traumatisés crâniens et cérébro-lésés des Côtes d'Armor,
- D'un **Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT),** ouvert en novembre 1993, et proposant une aide par le travail en entretien, création et transformation d'espaces verts, arboriculture, maraîchage, conditionnement et déconditionnement et accompagnement à la vie sociale ; il dispose d'un agrément pour accueillir 80 personnes à temps plein à l'ESAT
- **D'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) de Glomel**, ouvert en novembre 1993, avec un agrément de 47 places.

La prévention et la réinsertion sociale

Fort de son expertise en santé mentale, l'AHB a également investi le champ de la prévention en développant un appui soutenu aux partenaires du territoire en matière de prévention du suicide. Partie prenante des collectifs locaux de prévention du suicide, l'AHB propose également des actions d'information, de sensibilisation et de formation auprès des acteurs, professionnels, élus, bénévoles, …

L'AHB est également investie dans des activités de prévention des conduites addictives auprès des partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux et en particulier auprès des professionnels exerçant en milieu scolaire. Des sessions de formation sont à ce titre régulièrement organisées dans les collèges et lycées du territoire sur la prévention et réduction des risques liées aux conduites addictives.

Par ailleurs, l'association s'est récemment engagée sur le champ social, en reprenant la gestion de la résidence accueil **« Les Myriades » à Pontivy**, ouverte le 2 janvier 2014, avec une capacité de 20 logements pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion ayant un handicap psychique.

Psychiatrie générale sectorisée : - **Hospitalisation à temps plein**	**Site de Plouguernével**	**Site de Kerio**	**Total**
▪ Unités d'entrée (nbre lits)	2 (24+25)	1 (21)	3 (70)
▪ Unité soins sans consentement (nbre lits)	1 (20)		1 (20)
▪ Unité géronto-psychiatrie (nbre lits)	1 (25)		1 (25)
▪ Unité réhabilitation psycho-sociale (nbre lits)	1 (27)		1 (27)
Total unités psychiatrie adultes (nbre lits)	**5 (121)**	**1 (21)**	**6 (142)**
▪ Unités d'entrée en addictologie (nbre lits)	1 (18)		
Total hospitalisation temps plein (nbre lits)	**6 (139)**	**1 (21)**	**7 (160)**

* Ces capacités ne comprennent pas celles de l'UMD (40 lits d'hospitalisation complète), relevant d'une autorisation spécifique.

Psychiatrie générale sectorisée : - **Hospitalisation à temps partiel** - **Ambulatoire**	**Pontivy**	**Loudéac**	**Rostrenen**	**Gourin**	**Baud**	**Total**
Hôpitaux de jour* (nbre places)	1 (16)	1 (20)	1 (15)			3 (51)
CMP	1	1	1	1	1	5
UMP 24h/24 – urgences, liaison	1 *(Kério)*					1
Unité mobile géronto-psychiatrie intervenant sur le secteur (38 conventions EHPAD, EHPA, Foyers…)						1

* Ces capacités ne comprennent pas celles de l'hôpital de jour dédiées à l'addictologie (8 places)

Addictologie : - Hospitalisation à temps plein *(sur les capacités de psychiatrie sectorisée)* - SSR - Hospitalisation à temps partiel - Ambulatoire	**Plouguer-nével**	**Pontivy**	**Loudéac**	**Rostrenen / Gourin**	**Saint-Brieuc**	**Total**
Unités d'entrée en addictologie (nbre lits)	1 (18)					**1 (18)**
Soins de suite et de réadaptation en addictologie (nbre places)**					1 (40)	**1 (40)**
Hôpitaux de jour (nbre places)		1 (8)				**1 (8)**
CMPS		1	1	1		**3**
ELSA territoriale (Equipe de Liaison et Soins en Addictologie)		1 *(basée sur le site de Kerio)* *				**1**
CJC (Consultation Jeune Consommateur)		1 *(partenariat AHB- Douar Névez)*	1	1		**3**

* *L'ELSA territoriale couvre les sites des établissements de santé du CHCB, PDK, CH de Plouguernével et ANDJ Bréhan.*

***Le CSSRA est un établissement de santé distinct du CH de Plouguernével*

Pédo-psychiatrie : - Hospitalisation à temps partiel - Ambulatoire	Pontivy	Loudéac	Rostrenen	Gourin	Total
Hôpitaux de jour enfants (nbre places)	1 (10)	1 (6)	1 (6)		3 (22)
Hôpitaux de jour adolescents (nbre places)	1 (5)				1 (5)
CMP enfants et adolescents	1	1	1	1	4
Pédo-psychiatrie de liaison	1 *(Kério)*				1

E. Nos partenariats et réseaux

Dans le but de répondre aux besoins de la population du Centre Bretagne et de renforcer les liens sur son territoire de santé, l'Association Hospitalière de Bretagne a tissé un réseau professionnel important. De nombreuses conventions existent notamment avec le secteur sanitaire, social et médico-social. L'objectif général est d'améliorer les parcours et d'éviter les ruptures en favorisant l'interconnaissance entre professionnels et les pratiques coopératives sur le terrain.

Ces partenariats visent :

- **La gradation de l'offre de soins avec les établissements de santé partenaires**

Afin d'organiser une offre de soins graduée et cohérente sur le territoire, et au regard de notre positionnement géographique, des coopérations étroites sont établies avec les établissements sanitaires environnants.

Ainsi, sur le territoire n°8, des conventions existent avec le Centre Hospitalier du Centre Bretagne et l'Association Notre Dame de Joie. Un partenariat a également été formalisé avec le Centre du Pays de Morlaix concernant l'offre psychiatrique sur le secteur de Carhaix ainsi qu'avec le CH de Carhaix, et par extension, le CHU de Brest.

Enfin, le CH de Plouguernével est également partenaire du Centre Hospitalier Yves Le Foll à Saint-Brieuc.

- **Le développement d'un appui spécialisé en santé mentale**

Afin de répondre aux besoins d'appui, l'AHB a conventionné avec 38 EHPAD du territoire pour la mise en œuvre d'un dispositif de psychiatrie de liaison. Elle s'engage également auprès des établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et auprès des professionnels de santé du premier recours pour structurer son action en réponse aux besoins exprimés.

- **La réinsertion sociale et la coordination des parcours**

L'AHB a signé des conventions cadres importantes sur les parcours en santé mentale avec des acteurs du médico-social et de l'insertion présents sur le territoire, dont les associations ADAPEI-Les Nouelles (pôle de Loudéac), AMISEP, ADALEA et Douar Nevez.

Les actions opérationnelles sont pour l'essentiel à mettre en œuvre dans le cadre de la psychiatrie de liaison et de l'ambulatoire.

Des actions en ce sens sont également à développer avec les bailleurs sociaux, ainsi que d'autres acteurs du secteur de l'insertion, avec lesquels des contacts sur ces thèmes sont établis (Côtes d'Armor Habitat, BSH, Les

Foyers, …).

Poursuivant l'objectif d'améliorer la coordination des parcours, l'AHB s'implique par ailleurs dans des dynamiques territoriales telles que les projets ou contrats locaux de santé, en lien avec l'ARS Bretagne ou encore les travaux des MAIA ou des pôles de coordination sur le handicap (Handicap 22, …).

Par ailleurs, l'AHB soutient activement la filière d'insertion sociale intervenant sur le handicap psychique, avec des participations institutionnelles aux activités des GEM de Saint-Brieuc, Pontivy et Rostrenen ainsi que de la maison relais de Rostrenen.

- **La formalisation des relations partenariales via des groupements de coopération**

Sur un volet plus institutionnel, l'AHB participe aux groupements suivants :

- Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en santé mentale des Centres Hospitaliers de Plouguernevel et Centre Bretagne de Pontivy,
- Le GCS en santé mentale d'Armor (Fondation Bon Sauveur de Bégard, Fondation Saint Jean de Dieu de Léhon, CH Yves Le Foll, AHB).
- Le Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS) Bretagne Solidarité (Fondation Bon Sauveur de Bégard, Fondation Saint Jean de Dieu de Léhon, Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve, AHB).

Ces groupements constituent une ressource pour l'élaboration des projets médicaux (volet santé mentale) des Groupements Hospitaliers de Territoire concernés et des Projets Départementaux en Santé Mentale, visant la structuration d'une Communauté Psychiatrique de Territoire, dans une logique de parcours et de proximité.

- **La création de nouvelles réponses**

Afin de proposer des dispositifs concertés et cohérents sur le territoire, l'AHB s'est également associée aux partenaires locaux dans la réponse à différents appels à projets.

Ainsi, en sus de ses activités propres, l'AHB a activement participé à la mise en œuvre du SAMSAH de 20 places couvrant les besoins d'accompagnement des personnes avec handicap sur le territoire d'autonomie Centre Ouest Morbihan (dont 10 destinées à l'accompagnement de personnes avec handicap psychique), dans le cadre d'une association ad hoc, l'Association APAHCOM.

L'AHB est également co-fondatrice de l'association EMISeM, Équipe Mobile d'Interventions Spécialisées en Morbihan, intervenant auprès des personnes avec TED manifestant des comportements-problèmes ou des troubles du comportement sévères.

II. Analyse du contexte et perspectives d'évolution

A. Enjeux politiques à l'échelle nationale, régionale et territoriale

Notre projet d'établissement s'inscrit dans les orientations des politiques publiques, et notamment de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, ainsi que dans le même calendrier d'élaboration que le Projet régional de Santé 2018-2022.

Ainsi, il convient d'en connaître les enjeux et orientations propres à notre champ d'intervention afin de construire notre stratégie dans une interface entre objectifs politiques et réalités de terrain.

❖ Des évolutions législatives importantes

La **Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016**, reprenant les orientations de la Stratégie nationale de santé, repose sur trois axes :

I. Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé ;
II. Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale ;
III. Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire.

Inscrite dans la continuité de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 en termes d'organisation régionale de la politique de santé, elle souhaite renforcer la **prise en compte des droits des usagers** et la place de la **démocratie sanitaire**. Ces objectifs visent par ailleurs à **renforcer la prévention et la promotion de la santé** et **faciliter au quotidien les parcours de santé.**

Plus précisément sur notre champ d'intervention, l'article 69 de la Loi LMSS 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 établi sur la base d'un diagnostic partagé et donnant lieu à la conclusion d'un contrat territorial de santé mentale. La démarche proposée donne une large initiative aux opérateurs.
- La possibilité de constituer une communauté psychiatrique de territoire, regroupement des établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale.
- La mission de psychiatrie de secteur, réintroduite dans la loi comme une mission essentielle pour assurer des soins spécialisés de proximité, sous ensemble de l'activité de psychiatrie, elle-même sous ensemble de la politique de santé mentale.

Ainsi, 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 efficiente.

Concernant l'organisation des soins hospitaliers, l'article 107 de la LMSS prévoit la constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et le décret du 27 avril 2016 en précise ses modalités.

Le GHT a pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, fondée en particulier sur un projet médical de territoire, favorisant l'émergence de filières de soins et d'équipes médicales territorialisées. Il est matérialisé par une convention constitutive et un projet médical partagé définissant une stratégie commune et une organisation par filière d'une offre de soins graduée.

Chaque établissement public de santé, sauf dérogation particulière, doit intégrer une convention de GHT et la loi prévoit, pour les établissements privés, la possibilité de travailler et coopérer avec le GHT.

Enfin, la loi de modernisation du système de santé formalise une structuration des soins primaires, au travers d'organisations territorialisées.

En parallèle, plusieurs rapports ministériels sont venus alimenter les réflexions concernant l'amélioration des réponses aux besoins et aux parcours de vie des personnes concernées.

Ainsi, sur le champ de la santé mentale, le rapport de Michel Laforcade propose des « réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé sur la question de la santé mentale ». En effet, il retient la santé mentale et la psychiatrie comme enjeu de santé majeur et préconise le domicile comme centre de gravité du dispositif, l'hôpital étant considéré comme l'exception dans un parcours. Ses propositions visent à éviter les ruptures et à améliorer les parcours de santé et de vie, via l'évolution des pratiques professionnelles, le renforcement des droits et de la citoyenneté des personnes malades ainsi que la déstigmatisation de la santé mentale.

Par ailleurs, le rapport de Denis Piveteau structure des préconisations autour d'un parcours sans rupture pour les personnes en situation de fragilité, poursuivant l'objectif de « zéro sans solution ». En effet, au regard de l'évolution des besoins exprimés, il démontre que si la réponse sous forme de « places » dans un établissement ou service peut encore être pertinente, elle ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes. Ainsi, nos organisations doivent adapter leurs dispositifs de réponse aux besoins et attentes des personnes accompagnées, dans un cadre assoupli, fluide et modulaire, pour une « réponse accompagnée pour tous » traduite dans le rapport de la Mission de Marie-Sophie Desaulle.

Enfin, la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 donne la priorité à l'accompagnement à domicile et propose des mesures concrètes visant à améliorer le quotidien des personnes âgées et celui de leurs proches. Elle insiste notamment sur le respect des droits des personnes, le soutien aux aidants et la coordination des actions de prévention sur le champ pluri-thématique du vieillissement.

❖ Le Projet Régional de Santé Bretagne 2018-2022

Fort de ces évolutions, la politique régionale de santé, en construction sur l'année 2017 pour formaliser le Projet Régional de Santé 2018-2022, s'inscrit dans la déclinaison de ces nouvelles dispositions réglementaires.

A ce titre, et dans le cadre de l'élaboration du Cadre d'Orientations Stratégiques et du Schéma Régional de Santé, l'Agence Régionale de Santé Bretagne a repéré différents enjeux auxquels répondre sur la prochaine décennie.

Ainsi, au regard des chiffres particulièrement préoccupants, l'amélioration de la santé mentale et la diminution de la mortalité par suicide constitue une priorité pour les prochaines années. Les données relatives aux Affections de Longue Durée (ALD), tout comme les motifs des séjours, montrent que les problématiques de santé mentale et de pratiques addictives sont plus élevées qu'au niveau national.

L'enjeu est donc de réduire ces écarts, par une meilleure prise en charge des addictions et des troubles mentaux et par une approche moins centrée sur les séjours en hospitalisation complète.

Enfin, le suicide, reste une problématique à part entière, dans la mesure où la Bretagne fait partie des régions de France les plus touchées. La diminution de la mortalité par suicide nécessite une action globale s'appuyant sur des démarches de prévention innovantes initiées localement et une efficience des prises en soin.

Par ailleurs, l'ARS a souhaité partager **7 objectifs stratégiques** pour accompagner les transformations du système de santé au service de la population bretonne :

1. Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie

L'IDEE-CLE : AGIR SUR LES DETERMINANTS POUR LA SANTE DE TOUS	*Exemples d'axes proposés : Développer une prévention ciblée pour une plus grande égalité devant la santé*

2. Garantir l'accès à une offre de santé adaptée au plus près du domicile

L'IDEE-CLE : CONSTRUIRE UNE REPONSE TERRITORIALE ACCESSIBLE POUR CHACUN	*Exemples d'axes proposés :* ➲ *Assurer l'accessibilité à une offre en évolution sur les territoires* ➲ *Poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation complète*

3. Faciliter les parcours de soins, de santé et de vie par une organisation plus coordonnée

L'IDEE-CLE : ANTICIPER LES RUPTURES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE, EN FAVORISANT L'ARTICULATION DES DIFFERENTES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS	*Exemples d'axes proposés :* ➲ *Renforcer les dispositifs de coopération professionnelle* ➲ *Construire sur les territoires les outils de coordination avec les partenaires* ➲ *Développer les systèmes d'information au service des coopérations et des parcours*

4. Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge

L'IDEE-CLE : FAIRE EVOLUER LE SYSTEME DE SANTE PAR L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE	*Exemples d'axes proposés :* ➲ *Promouvoir la bientraitance* ➲ *Développer la pertinence des prises en charge*

5. Développer la performance et l'innovation du système de santé

L'IDEE-CLE : FAVORISER L'EFFICIENCE D'UN SYSTEME DE SANTE EN FORTE EVOLUTION	*Exemples d'axes proposés :* ➲ *Conforter la démographie des professions de santé* ➲ *Renforcer la performance des établissements* ➲ *Développer la e-santé au service de la performance*

6. Mieux préparer le système de santé aux évènements exceptionnels

L'IDEE-CLE : PROTEGER LA POPULATION FACE AUX MENACES *exceptionnelles*	*Exemples d'axes proposés :* ➲ *Développer et améliorer les vigilances sanitaires*

7. Construire et mettre en œuvre ensemble la politique de santé régionale

L'IDEE-CLE : FAVORISER LA CONCERTATION POUR MOBILISER TOUS LES *acteurs*	*Exemples d'axes proposés :* ➲ *Renforcer les compétences du citoyen / usager et accompagner ses aidants* ➲ *Favoriser l'expression des droits des usagers* ➲ *Affirmer le rôle d'une démocratie en santé contributive*

A partir de ces objectifs, l'ARS, en concertation avec les acteurs de la région, a décliné des orientations de travail pour 22 thématiques définies, dont la santé mentale et l'addictologie. Ces orientations, déclinées à suivre, constitueront la feuille de route régionale pour les 5 années à venir.

Ainsi, les perspectives définies pour le champ de la santé mentale sont les suivantes :

- Accompagner le déploiement des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)
- Accompagner l'évolution de l'offre de soins, d'accompagnement et d'insertion sociale en support à l'amélioration des parcours
- Favoriser le déploiement de conseils locaux de santé mentale (CLSM)
- Renforcer la place et les droits des usagers et le soutien aux aidants
- Améliorer les réponses à des besoins régionaux spécifiques

Sur la thématique des addictions, les orientations poursuivent l'objectif de :

- Prévenir les conduites addictives et diminuer les risques et les dommages qui y sont liés
- Mieux intégrer les addictions dans les prises en charge des professionnels de premier recours et développer les liens avec l'offre spécialisée
- Garantir un accès aux soins et un accompagnement de qualité adaptés aux besoins sur chaque territoire
- Améliorer la fluidité et la continuité du « prendre soin » en addictologie
- Mobiliser les institutions pour renforcer la complémentarité et la cohérence des actions et des leviers dans la politique régionale relative aux addictions

En ce sens, notre projet d'établissement, construit sur nos besoins et actions propres, doit prendre en compte ces axes de travail et s'inscrire dans cette dynamique.

❖ Des dynamiques locales

Afin de décliner la politique régionale de santé, l'ARS Bretagne dispose de différents outils permettant une mise en œuvre territorialisée, en concertation avec les acteurs locaux et en adéquation avec les besoins et réalités de territoire.

- *La démocratie en santé*

Nous devons poursuivre notre engagement pour la démocratie en santé par notre participation aux différentes instances, notamment au sein du Conseil Territorial de Santé Loudéac-Pontivy. Par ailleurs, notre projet d'établissement doit également pouvoir s'adapter aux dynamiques locales, comme les contrats locaux de santé afin de s'enrichir d'actions et objectifs partagés et conforter des démarches partenariales.

Nous devrons également poursuivre nos démarches de coopérations via des structures juridiques formalisées, comme les groupements de coopération sanitaire ou les récents groupements hospitaliers de territoire. Ces modes de coopération constituent en effet un appui dans la déclinaison de projets, médicaux notamment, partagés.

- *Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)*

Nous sommes engagés sur le projet médical du Groupement Hospitalier de Territoire du Centre Bretagne. Ce dernier aborde les thématiques identifiées comme prioritaires par le GHT et ses partenaires dans le domaine de la santé mentale et de la prise en charge des addictions, notamment sur les situations d'urgence et de crise, la liaison entre les soins psychiatriques et somatiques, ou les complémentarités entre les offres de soins spécialisées en psychiatrie, en gériatrie et en addictologie.

- *Les Projets Départementaux en Santé Mentale (PDSM)*

Iil sera indispensable de s'inscrire, en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale (établissements de santé, professionnels des soins primaires, établissements et services sociaux et médico-sociaux, acteurs de la prévention, de la réinsertion et de l'emploi, …) dans des dynamiques nouvelles comme l'élaboration des projets départementaux de santé mentale. En effet, l'article 69 de la LMSS se traduira pour l'AHB par la mise en œuvre des projets de santé mentale sur les départements des Côtes d'Armor et du Morbihan.

Sur le 22, nous sommes d'ores et déjà investis dans son co-pilotage au travers notre participation au GCS Santé mentale d'Armor, ayant vocation à évoluer vers une Communauté Psychiatrique de Territoire. Afin d'assurer la transversalité du projet, la démarche est menée en étroite coopération avec le collectif Handicap 22 réunissant la majorité des organismes et associations sur le champ du handicap en Côtes d'Armor.

Sur le Morbihan, il s'agira d'organiser l'intégration des parcours en santé sur le territoire Centre ouest morbihannais, en articulation avec les autres acteurs du département.

B. Caractéristiques populationnelles et offre de soins sur le territoire

1. Caractéristiques populationnelles

❖ Données sociodémographiques

En 2014, les secteurs 22G07 et 56G09 comptaient 143 913 habitants et le territoire de démocratie sanitaire Loudéac-Pontivy, 140 041 habitants, soit environ 4,3 % de la population bretonne. Ce dernier couvre une partie du département des Côtes d'Armor, qui compte 586 900 habitants estimés en 2015 et une partie du département du Morbihan qui compte 737 778 habitants dont 124 709 sur le secteur de Pontivy (source Insee 2016 – ARS Bretagne).

Au regard des données de l'INSEE, la population de notre territoire de santé peut donc se caractériser par :

	Territoire de démocratie en santé	Bretagne
Population totale au 1er janvier 2013	**139 988**	**3 258 707**
Dont : moins de 20 ans	24%	24%
60 ans et plus	29%	26%
75 ans et plus	12%	10%
Variation annuelle moyenne de la pop. entre 2008 et 2013	**+0,4%**	**+0,7%**
Projections de population à l'horizon 2040[1]	**163 313**	**3 873 412**
Dont : moins de 20 ans	22%	22%
60 ans et plus	36%	33%
75 ans et plus	17%	16%
Densité (habitants/km²) en 2013	**51**	**120**
Part de la population selon le type d'espace[2]		
Grandes aires urbaines	18%	71%
Espace rural	55%	17%
Indice de vieillissement[3] en 2013	**93%**	**81%**
Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2013	**39%**	**39%**
Indice conjoncturel de fécondité (ICF)[4] en 2015	**1,98**	**1,83**

Source : Insee - Exploitation ORS Bretagne

- ❖ Un effectif stable mais vieillissant,
- ❖ Une faible densité de population,
- ❖ Une population vivant majoritairement en milieu rural, parfois isolée,
- ❖ Un profil global à faibles revenus.

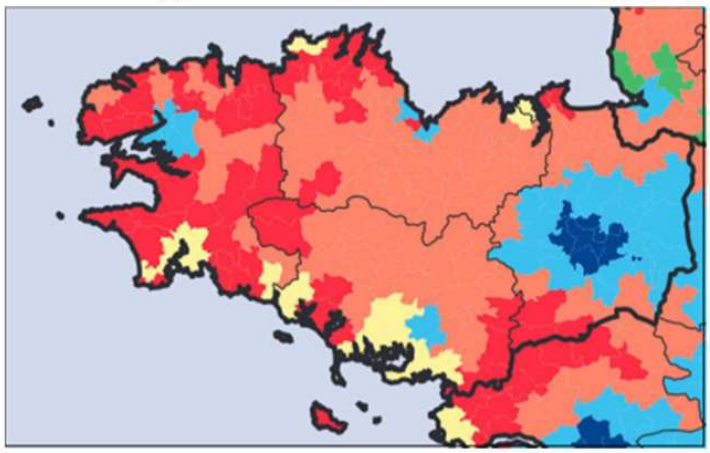
	Territoire de démocratie en santé	Bretagne
Part des Catégories Socio-Professionnelles dans la population active ayant un emploi (2013)		
Agriculteurs exploitants	7,1%	2,9%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,9%	6,7%
Cadres et professions intellectuelles sup.	6,7%	13,8%
Professions intermédiaires	20,5%	25,1%
Employés	25,0%	27,6%
Ouvriers	33,8%	24,0%
Taux de chômage[1] (Insee 2013)	**10,1%**	**11,2%**
Revenus disponibles médians[2] de la population générale (2013)	**19 273 €**	**20 281 €**
Revenus médians des ménages dont le référent fiscal a moins de 30 ans	17 647 €	16 772 €
Revenus médians des ménages dont le référent fiscal a 75 ans et plus	17 570 €	18 382 €
Taux de pauvreté[3] de la population générale (2013)	**12,7%**	**10,7%**
Taux de pauvreté des moins de 30 ans	17,3%	19,7%
Taux de pauvreté des 75 ans et plus	11,8%	8,2%
Minima sociaux (2013)		
Proportion de personnes couvertes par le RSA pour 100 habitants[4]	4,4%	4,7%
Part des allocataires CAF dont le revenu est constitué à 100 % par des prestations versées par les CAF	13,6%	14,4%

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) Exploitation ORS Bretagne

Ces données induisent des problématiques spécifiques à prendre en compte dans nos orientations en matière d'organisation des soins. Ainsi, nous devrons prendre en considération les problématiques du grand âge, qui auront une influence significative sur les dispositifs de soins, et plus largement sur l'organisation des parcours de soins et de vie des habitants du territoire.

Par ailleurs, les caractéristiques sociogéographiques de notre territoire entraînent également des problématiques spécifiques en matière d'isolement et d'accès aux soins, corrélées à la faiblesse du réseau de transports, mais aussi en termes de déplacements pour les professionnels.

La carte suivante présente une typologie des cantons bretons, effectuée en combinant les données sociales et de santé, permettant une illustration sur la région des inégalités sociales et territoriales de santé. A ce titre, les caractéristiques de notre territoire sont confirmées.



Source : La France en sept classes (FNORS, 2010).
La classification a permis d'identifier sept classes regroupant des cantons au profil socio-sanitaire similaire. Classes :
zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services de soins, en sous-mortalité ;
zones plutôt péri-urbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale que pour la mortalité, relativement peu dotées en services de soins de premier recours libéraux
zones relativement peuplées, offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ;
zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles ;
zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large ;
zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée ;
zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales et en sous-mortalité par cancers.

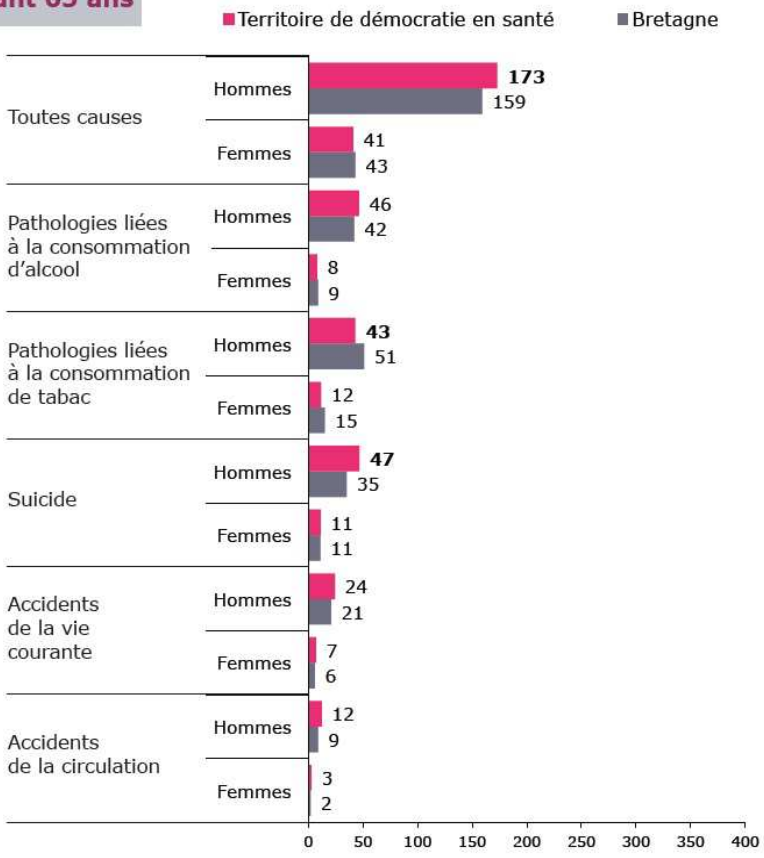
❖ Des comportements à risque

Concernant les données statistiques spécifiques à la santé mentale, le recours aux soins et la réponse aux besoins de santé de la population du Centre Bretagne se caractérisent par une **sur-morbidité psychiatrique (addictologie, suicide…).**

Globalement, la Bretagne enregistre une surmortalité prématurée évitable significative par rapport au niveau national en 2010-2012. Au sein de ces causes principales, la mortalité prématurée par suicide est presque deux fois plus élevée en région. La situation régionale est également défavorable pour le cancer des voies aérodigestives supérieures et de pathologies liées à l'alcool chez les hommes.

Taux standardisés de mortalité prématurée évitable selon les principales causes en 2008-2013 pour 100 000 habitants

Avant 65 ans

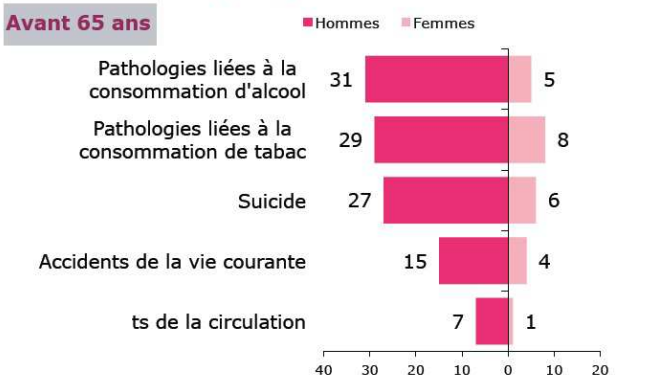


Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne
Lecture : les valeurs signalées en gras diffèrent significativement de la valeur de la Bretagne

Sur le territoire, ces écarts se creusent défavorablement avec la moyenne régionale pour les taux liés aux pathologies liées à la consommation d'alcool et aux suicides.

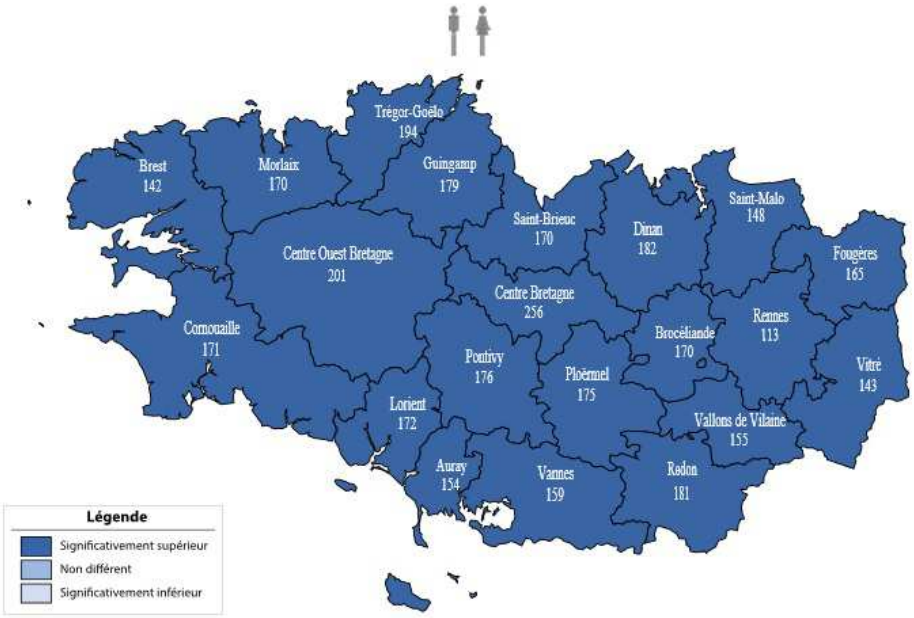
La part de décès évitables liés aux comportements à risque est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, avec un écart de 12 % sur le taux moyen régional.

Nombre moyen annuel de décès prématurés évitables selon le sexe et les principales causes en 2008-2013



Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Bretagne

Indices comparatifs de mortalité par suicide - Deux sexes
Période 2008 - 2012 - France métropolitaine = 100



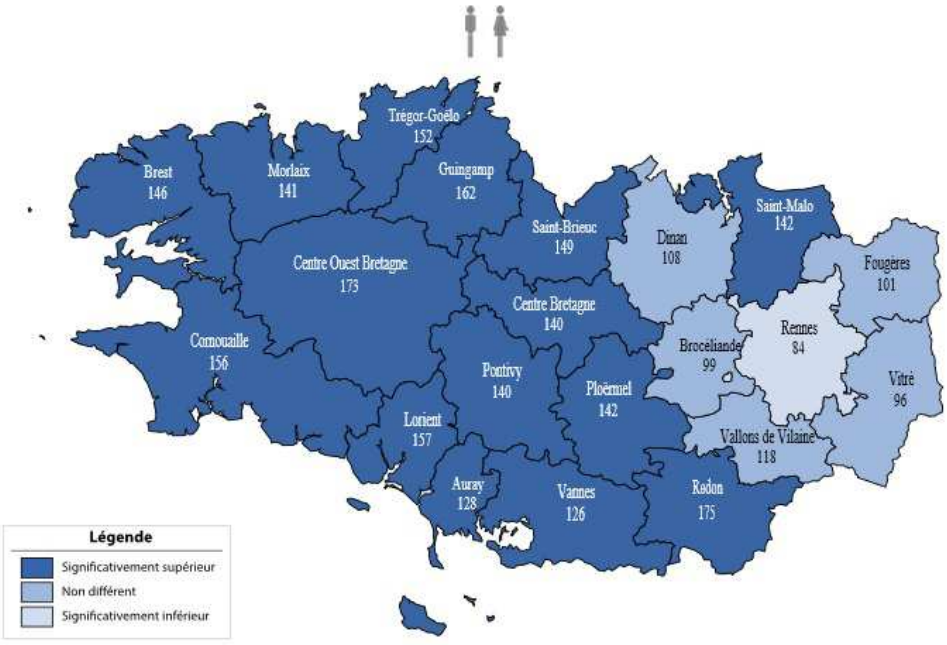
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Bretagne

Il est à noter des disparités non négligeables au sein de notre territoire d'intervention, et des écarts importants devant également influencer l'organisation de notre offre. Ainsi, on observe des indicateurs de mortalité prématurée évitable préoccupants sur les secteurs du Centre Ouest et Centre Bretagne concernant le suicide.

Par ailleurs, les indicateurs de mortalité prématurée évitable apparaissent comme plus défavorables que la moyenne régionale, concernant notamment les causes imputables à consommation d'alcool (cancers des voies aérodigestives supérieures, cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme).

En parallèle, il existe également une forte prévalence en matière de troubles psychiatriques, avec un taux standardisé des affections psychiatriques de longue durée de 2 265 pour 100 000 habitants en 2010 contre 1 804 en France entière.

Indices comparatifs de mortalité liée à l'alcool - Deux sexes
Période 2008 - 2012 - France métropolitaine = 100



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Bretagne

2. Offre et ressources sur le territoire

❖ Des taux d'équipements importants malgré des densités médicales défavorables

Au regard de la population, les taux d'équipement du territoire sont nettement plus élevés que la moyenne régionale et nationale concernant la psychiatrie adultes.

Capacités et taux d'équipement en psychiatrie (hors UMD et UHSA)

Psychiatrie Adultes (âge > 16 ans)

Territoire	Population du territoire de santé 2014	Hospitalisation temps plein – Taux d'équipement pour 1 000 habitants					Hospitalisation partielle – Taux d'équipement pour 1 000 habitants				
		2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Côtes d'Armor	478 318	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5
Finistère	727 412	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Ille-Et-Vilaine	807 207	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Morbihan	592 490	1,6	1,4	1,4	1,4	1,3	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7
Territoire de santé n°1	438 706	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Territoire de santé n°2	246 586	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
Territoire de santé n°3	238 525	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Territoire de santé n°4	312 632	2,0	1,5	1,5	1,4	1,3	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Territoire de santé n°5	711 919	1,3	1,4	1,3	1,2	1,2	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
Territoire de santé n°6	210 250	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Territoire de santé n°7	335 397	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Territoire de santé n°8	111 412	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Bretagne	**2 605 427**	**1,5**	**1,4**	**1,4**	**1,4**	**1,4**	**0,6**	**0,6**	**0,6**	**0,6**	**0,6**
France	**52 146 129**	**1,2**	**1,2**	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**0,4**	**0,4**	**0,4**	**0,4**	**0,4**

Capacités et taux d'équipement en psychiatrie (hors UMD et UHSA)

Psychiatrie Infanto-juvénile (âge <= 16 ans)

Territoire	Population du territoire de santé 2014	Hospitalisation temps plein – Taux d'équipement pour 1 000 habitants					Hospitalisation partielle – Taux d'équipement pour 1 000 habitants				
		2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Côtes d'Armor	119 079	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Finistère	178 443	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
Ille-Et-Vilaine	225 033	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9
Morbihan	148 561	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Territoire de santé n°1	111 749	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
Territoire de santé n°2	56 322	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Territoire de santé n°3	56 904	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Territoire de santé n°4	79 875	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Territoire de santé n°5	202 891	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,7	0,7	0,9	0,8	0,8
Territoire de santé n°6	51 952	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Territoire de santé n°7	82 794	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
Territoire de santé n°8	28 629						0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Bretagne	**671 116**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,9**	**0,9**	**1,0**	**0,9**	**1,0**
France	**13 761 031**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,2**	**0,8**	**0,8**	**0,7**	**0,7**	**0,7**

Sources : SAE 2011 - 2015, population communale INSEE à l'année N-2 de l'année observée (exemple : les capacités 2015 sont rapportées à la population 2013)

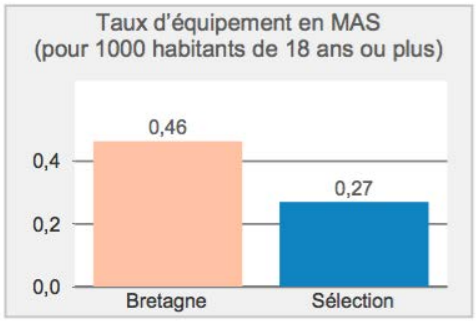
En effet, en psychiatrie générale adultes, le taux d'équipement en hospitalisation temps plein pour 1000 habitants sur le territoire n°8 atteint 1,9 en 2015, soit le taux le plus élevé de la région (1,4 pour la Bretagne et 1,1 pour la France métropolitaine).

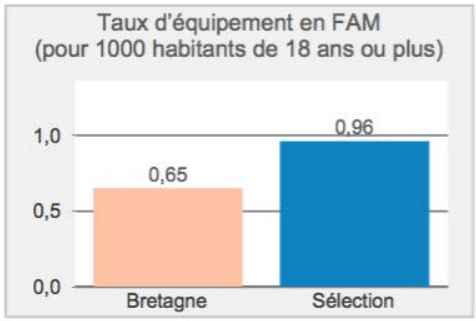
Les chiffres se rapprochent des moyennes régionales pour l'hospitalisation à temps partiel, tant sur la psychiatrie adulte que la psychiatrie infanto-juvénile

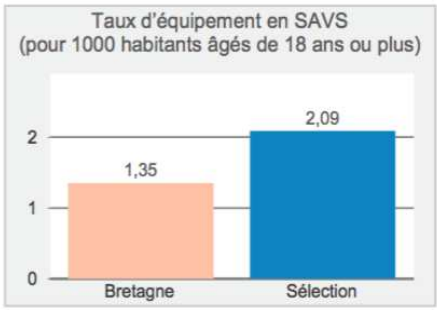
Cependant, il convient de relativiser ces données dans la mesure où les taux d'équipement en psychiatrie sont en très forte diminution depuis une vingtaine d'années.

Concernant l'addictologie, on peut également noter un taux d'équipement important, avec 1,82 lits et places pour le territoire de santé contre 1,26 lits pour la région, ce taux atteint 2,26 lits avec la capacité de 6 lits MCO déployée par le CHCB. Il convient cependant de nuancer ces chiffres, dans la mesure où il s'agit d'une offre spécialisée sur une capacité réduite de 18 lits d'hospitalisation.

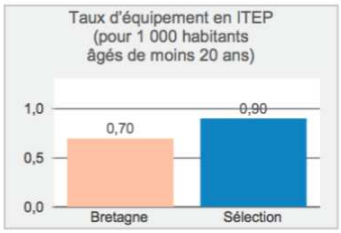
Il est également noté des disparités importantes sur les taux d'équipements médico-sociaux avec des moyennes éloignés des tendances régionales, à la hausse ou à la baisse.

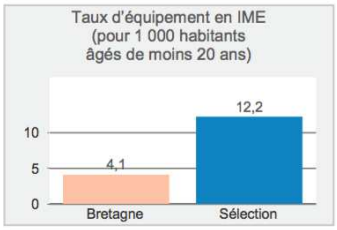


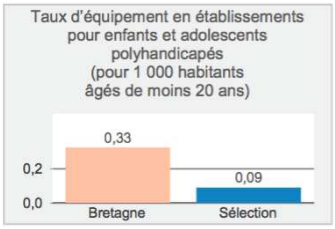




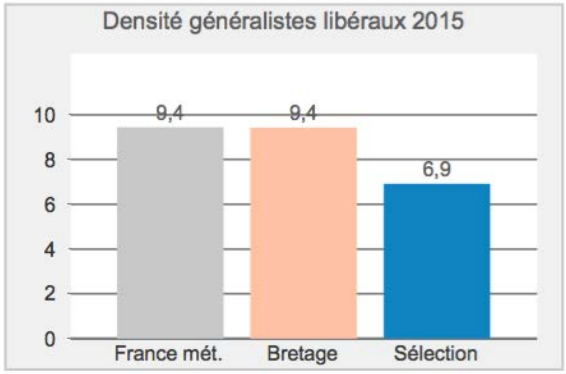
Concernant les structures pour enfants, les taux sont également disparates.

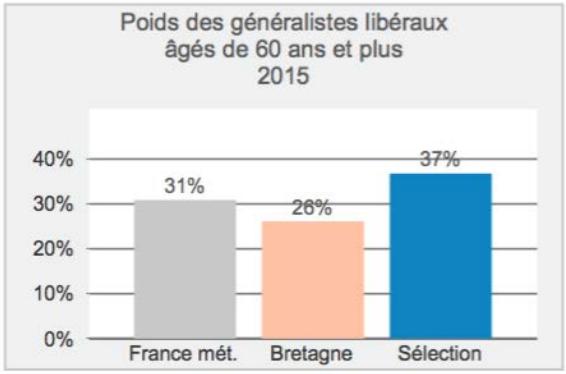


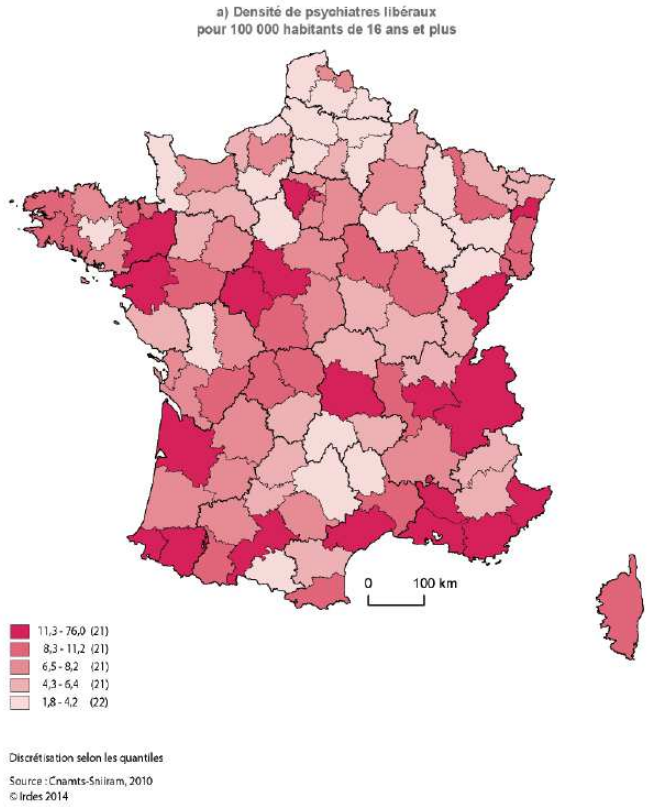




Parallèlement, des difficultés importantes en matière de démographie médicale sont observées et pèsent incontestablement sur nos organisations. Ainsi, la densité de médecins généralistes libéraux apparait comme nettement inférieure aux moyennes nationales et régionales. La problématique du renouvellement est également à prendre en compte puisque le poids des professionnels médicaux de plus de 60 ans atteint 37 %, pour un taux régional de 26%.







Cette tendance est à correler à la densité de psychiatres libéraux enregistrée en 2015, à savoir 2,1 pour 100 000 habitants.

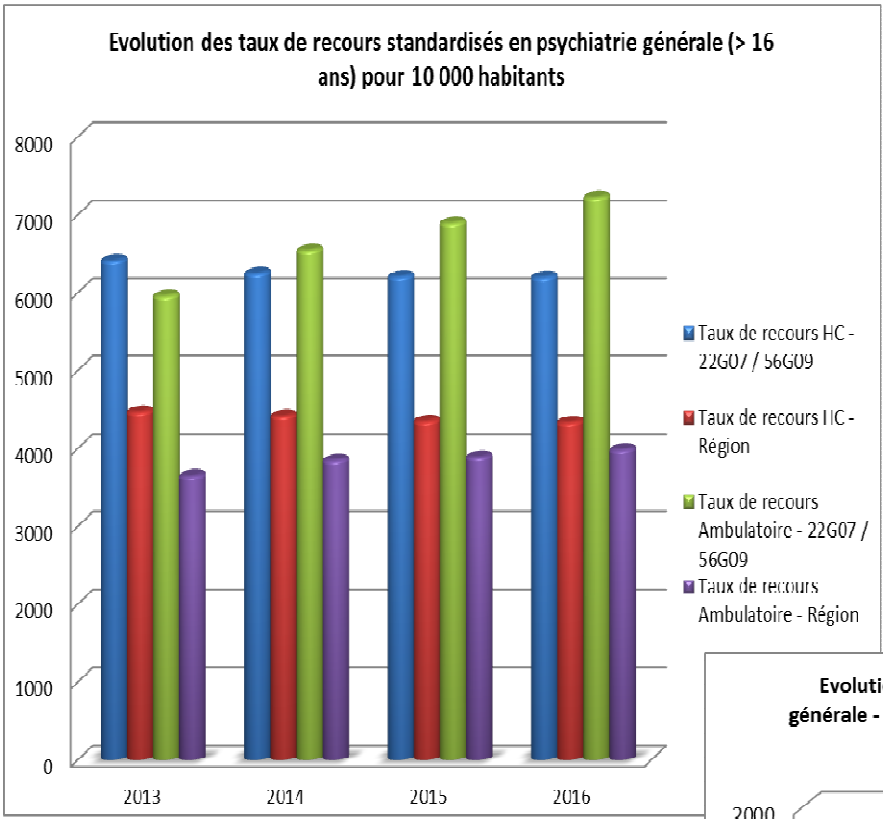
L'offre de psychiatrie repose donc essentiellement sur les 23 psychiatres salariés répertoriés par l'ARS en 2015[3]. Dans ce contexte, des dynamiques sont donc à poursuivre concernant le développement et l'attractivité des carrières médicales sur notre territoire.

Territoire	Nombre de psychiatres libéraux			Densité de psychiatre libéraux pour 100 000 habitants	
	2015	2016	Solde	2015	2016
Secteurs de psychiatrie générale					
CHS Plouguernével	3	3	0	2,1	2,1
CHS Le Bon Sauveur	3	2	-1	1,3	0,9
CHS St Jean de Dieu	23	24	1	8,0	8,3
C.H.U. Hôpital de Bohars	37	39	2	12,4	13,0
CH Landerneau	3	3	0	4,2	4,2
CHS Etienne Gourmelen	20	21	1	7,1	7,4
CH Quimperlé	1	1	0	1,7	1,6
CH des Pays de Morlaix	3	2	-1	1,6	1,1
CH St Malo	10	10	0	6,5	6,4
CH Redon	1	1	0	1,5	1,6
CHS Guillaume Régnier	79	78	-1	9,4	9,1
EPSM Morbihan	19	19	0	4,7	4,6
CHS Charcot	16	16	0	7,0	7,0
Départements					
Côtes d'Armor	27	27	0	4,5	4,5
Finistère	64	66	2	7,1	7,3
Ille-Et-Vilaine	90	89	-1	8,8	8,6
Morbihan	37	37	0	5,0	5,0
Territoires de santé					
Territoire de santé n°1	43	44	1	7,8	8,0
Territoire de santé n°2	20	21	1	6,6	6,9
Territoire de santé n°3	17	17	0	5,8	5,8
Territoire de santé n°4	19	19	0	4,9	4,8
Territoire de santé n°5	80	79	-1	8,8	8,6
Territoire de santé n°6	14	14	0	5,4	5,3
Territoire de santé n°7	22	22	0	5,3	5,3
Territoire de santé n°8	3	3	0	2,1	2,1
Bretagne	218	219	1	6,7	6,7
France	6320	6242	-78	9,6	9,5

SOURCE : DEMOPS 2015 - 2016, population communale INSEE à l'année N-2 de l'année observée (exemple : les capacités 2015 sont rapportées à la population

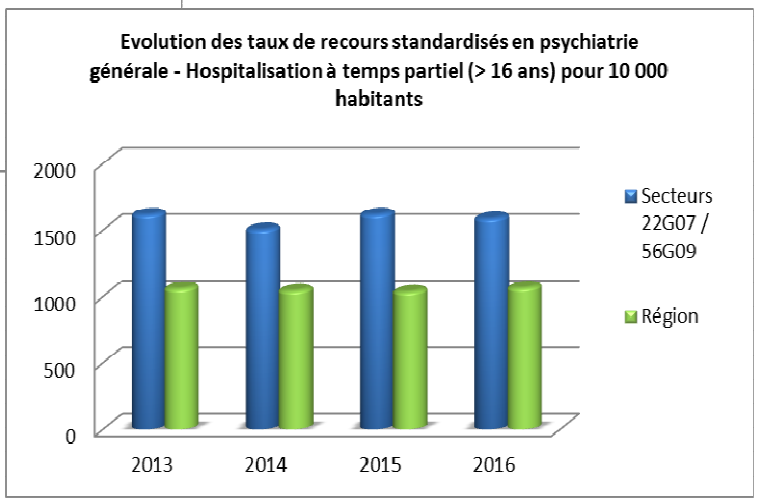
[3] Profil du territoire TS8 V4.0 ARS de Bretagne

❖ Des taux de recours conséquents en psychiatrie



Parallèlement, il est observé un taux de recours aux soins supérieur aux moyennes régionales, à la fois sur l'hospitalisation et sur l'ambulatoire. Ainsi, le taux de recours standardisé en hospitalisation complète est supérieur de 40 % au taux moyen régional en 2016.

Concernant l'évolution entre 2013 et 2016, il est constaté un taux de recours relativement stable pour l'hospitalisation à temps complet et en progression de plus de 20% concernant l'ambulatoire.



Les prises en charge à temps partiel sont quasi exclusivement réalisées en hôpital de jour et affichent un taux de recours nettement supérieur aux pratiques régionales (+34,7%). Cette situation démontre une forte mobilisation des ressources d'hospitalisation à temps partiel.

Taux de recours en psychiatrie générale (> 16 ans) pour 10 000 habitants

Territoire	Taux de recours standardisé en Hospitalisation temps plein pour 10 000 habitants				Taux de recours standardisé en Hospitalisation partielle pour 10 000 habitants				Taux de recours standardisé en ambulatoire pour 10 000 habitants			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Secteurs de psychiatrie générale												
CHS Plouguernével	6 416	6 255	6 212	6 205	1 616	1 505	1 617	1 587	5 963	6 548	6 899	7 227
CHS Le Bon Sauveur	3 848	4 042	4 176	4 117	740	757	792	812	3 994	3 799	4 103	4 304
CHS St Jean de Dieu	4 478	4 592	4 556	4 480	785	772	821	901	2 725	2 565	2 786	2 928
C.H.U. Hôpital de Bohars	5 215	5 071	4 893	4 869	1 279	1 142	1 037	1 063	3 148	3 524	3 415	3 393
CH Landerneau	4 767	5 088	5 399	5 094	1 512	1 467	1 846	2 047	5 021	5 256	5 720	5 703
CHS Etienne Gourmelen	3 879	3 977	3 990	4 066	1 089	1 117	1 126	1 162	3 905	4 372	4 569	4 611
CH Quimperlé	3 940	3 988	3 935	4 339	1 557	994	1 318	1 392	4 400	4 260	4 273	4 065
CH des Pays de Morlaix	4 374	4 281	4 559	4 438	1 557	1 615	1 538	1 478	2 739	3 071	3 211	3 014
CH St Malo	3 727	3 565	3 449	3 531	647	665	581	593	3 528	3 781	3 788	3 536
CH Redon	4 493	4 003	3 958	4 260	745	895	874	1 009	5 155	5 858	5 432	6 527
CHS Guillaume Régnier	4 499	4 496	4 399	4 347	891	980	940	920	3 649	3 856	3 822	3 908
EPSM Morbihan	4 166	3 932	3 609	3 653	1 172	1 056	986	1 133	3 361	3 513	3 385	3 798
CHS Charcot	5 013	4 946	4 980	4 942	1 049	915	949	949	3 824	3 972	3 910	3 827
Départements												
Côtes d'Armor	4 375	4 490	4 527	4 496	866	863	911	952	3 473	3 390	3 644	3 836
Finistère	4 453	4 450	4 485	4 477	1 324	1 260	1 265	1 297	3 513	3 858	3 949	3 899
Ille-Et-Vilaine	4 344	4 291	4 166	4 154	845	925	889	867	3 657	3 886	3 841	3 912
Morbihan	4 760	4 561	4 409	4 393	1 159	1 047	1 019	1 117	3 947	4 169	4 098	4 347
Territoires de santé												
Territoire de santé n°1	4 949	4 929	4 995	4 904	1 449	1 383	1 351	1 376	3 348	3 699	3 752	3 678
Territoire de santé n°2	3 724	3 785	3 796	3 871	1 050	1 073	1 095	1 133	3 708	4 153	4 340	4 376
Territoire de santé n°3	4 808	4 737	4 758	4 800	1 115	908	991	1 008	4 071	4 148	4 115	4 001
Territoire de santé n°4	4 691	4 432	4 104	4 143	1 294	1 175	1 100	1 274	3 830	4 027	3 862	4 311
Territoire de santé n°5	4 382	4 351	4 254	4 233	854	947	911	894	3 659	3 887	3 835	3 977
Territoire de santé n°6	4 257	4 283	4 065	4 095	718	643	605	656	3 274	3 425	3 451	3 361
Territoire de santé n°7	4 157	4 212	4 382	4 282	776	844	882	919	3 496	3 292	3 601	3 806
Territoire de santé n°8	5 225	5 124	4 958	4 961	1 438	1 292	1 409	1 368	4 757	5 294	5 613	5 775
Bretagne	4 476	4 421	4 355	4 340	1 059	1 043	1 035	1 064	3 650	3 852	3 893	3 988
France	3 393	3 333	3 320	3 280	737	760	764	766	2 917	2 981	3 048	3 118

Sources : RIMP 2014 à 2016- INSEE, données de population de 2012 à 2014, Population de référence RGP 2008

Les taux surlignés en verts correspondent aux taux inférieurs au taux régional.

Concernant l'addictologie, on observe également un **taux de recours aux soins hospitaliers en psychiatrie élevé** au regard de la moyenne régionale :

- 546 journées pour 10 000 habitants contre 496 pour la Bretagne sur les mésusages[4].
- 281 journées pour 10 000 habitants contre 113 en Bretagne sur les intoxications aigües
- Une **durée moyenne de séjour élevée** sur le TS8 en psychiatrie, 40 jours vs 28 en Bretagne en 2013.

Les **taux de fuite et d'attractivité** importants sur le territoire :

- Mésusage en psychiatrie : **Taux de fuite** de 39 % et **taux d'attractivité** de 23,1 %,
- Intoxications aigues en psychiatrie : **Taux de Fuite** de 11 % et **taux d'attractivité** de 24 %,
- Un impact des **différences entre découpages** secteurs et Territoire de Santé 8 (Locminé, Gourin, Maël Carhaix, Saint Nicolas, Corlay)
- Une **activité importante** réalisée sur le territoire Vannes – Ploërmel – Malestroit

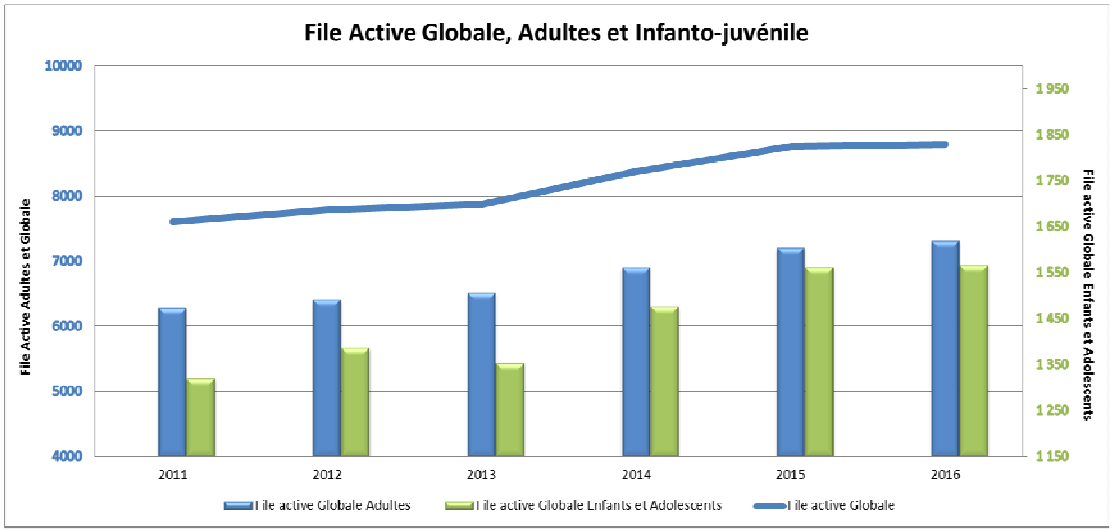
En conclusion, notre territoire d'intervention présente des taux d'équipement et de recours aux hospitalisations temps plein très au-dessus des moyennes régionales et nationales, dans un contexte sociodémographique particulier. En effet, la population se caractérise par de faibles revenus moyens, un isolement géographique et social, un taux de précarité important et un taux de vieillissement parmi les plus élevés de France.

La prévalence du suicide et de l'alcoolisme y sont très importants et révèlent donc une surmorbidité réelle sur notre territoire. Ces éléments démontrent donc des besoins conséquents et parfois supérieurs à d'autres territoires bretons, nécessitant une offre de soins et de prévention adaptée dans un contexte rural.

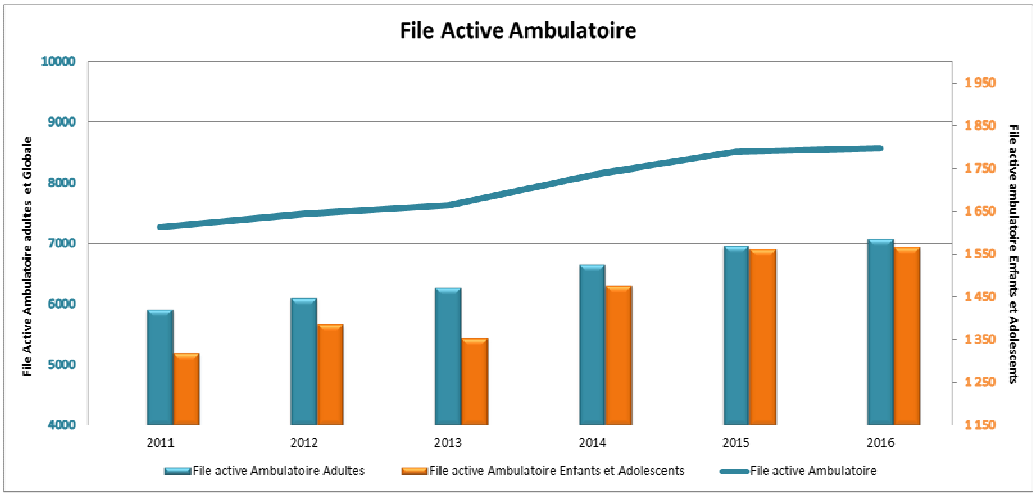
[4] Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. Par définition, le mésusage de l'alcool comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool (*Société Française d'Addictologie*)

C. Activités de soin en psychiatrie

❖ Evolution de la File Active :



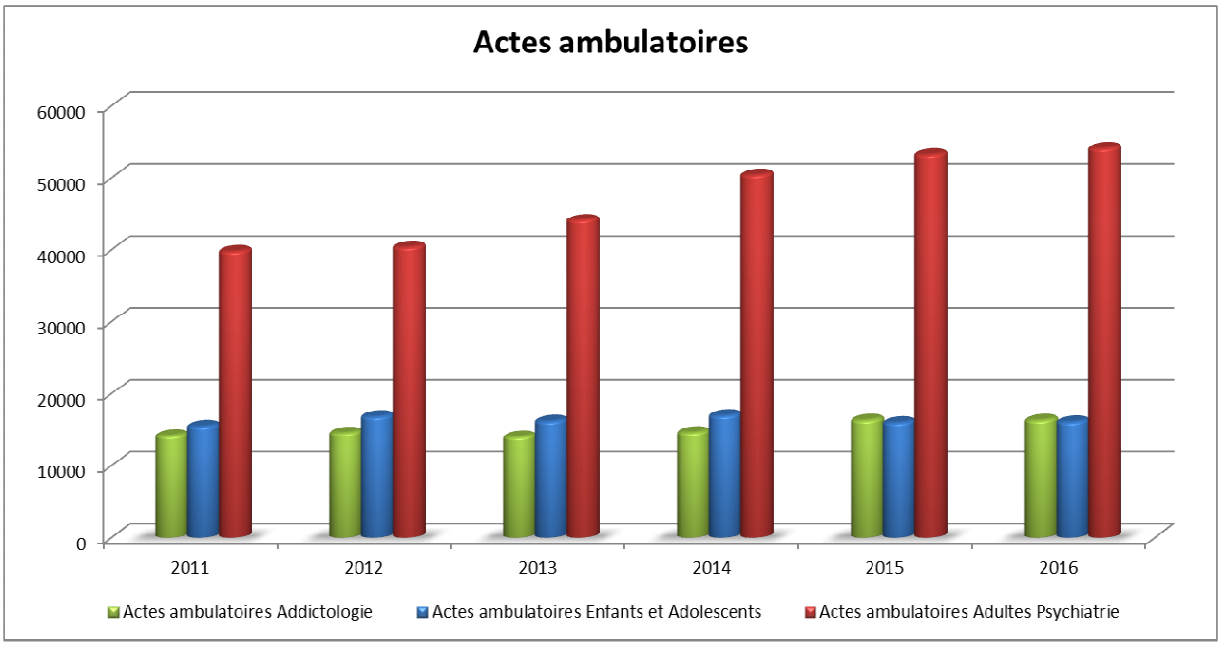
La file active globale du Centre Hospitalier est en évolution depuis 2011 avec une progression importante sur les années 2014 et 2015 ; entre 2013 et 2016, la file active des patients pris en charge a progressé de +11.65% soit +918 patients.



La file active en ambulatoire, qui a fortement augmenté en 2014 et 2015 progresse plus lentement en 2016 (+0.58%). A contrario, La file active en hospitalisation à temps plein a tendance à diminuer légèrement (-4.47% entre 2011 et 2016).

La file active en hospitalisation à temps partiel de jour (251 patients en 2016) progresse très lentement (+12 patients entre 2015 et 2016) mais reste inférieure aux moyennes attendues et notamment en référence aux résultats des indicateurs composites définis fin 2015 par l'ARS de Bretagne dans le cadre des modulations des DAF de psychiatrie. L'analyse détaillée de ces données incite au développement de la file active de l'activité d'hospitalisation à temps partiel.

❖ **Activité ambulatoire :**



Les actes réalisés par les équipes extrahospitalières des secteurs adultes de psychiatrie sont en progression régulière depuis 2011 de +36% soit +14 291 actes.

L'activité de l'inter secteur d'addictologie est stable sur 2015 et 2016 avec 16 302 actes en 2016 et une progression de +15% entre 2011 et 2016.

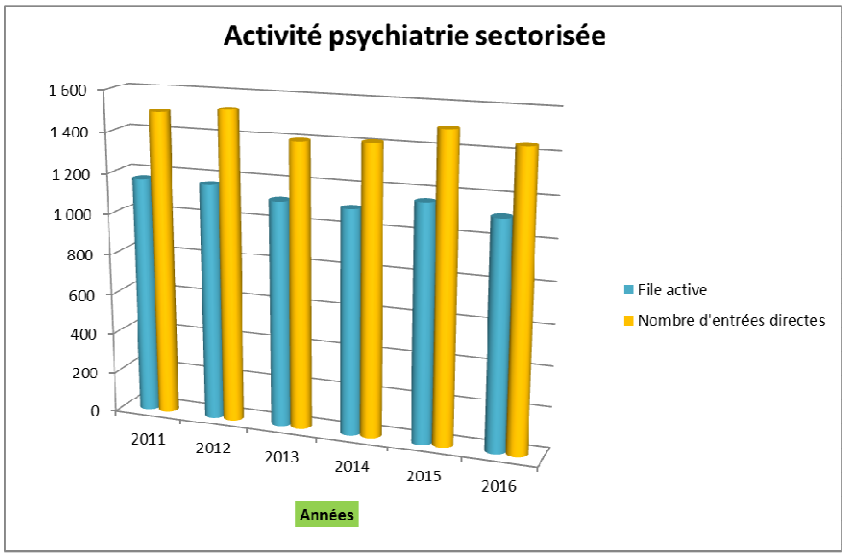
Sur l'inter secteur de Pédopsychiatrie, l'activité ambulatoire exprimée en actes est en très légère augmentation sur 2016, avec +106 actes soit +0.66%.

Cette augmentation de l'activité ambulatoire et ce taux de recours important, notamment chez la population Adultes, marquent la forte demande de la population. En psychiatrie générale comme en addictologie, l'organisation et l'activité déployées par les secteurs se caractérisent par un maillage territorial au plus près de la population, nécessaire de par l'habitat rural et la faiblesse des moyens de transport.

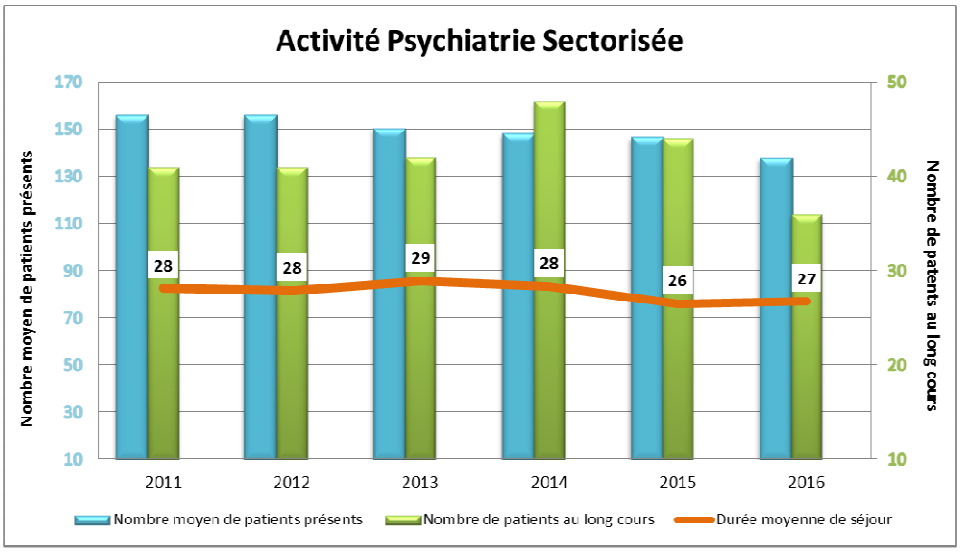
Le délai moyen pour un **premier rendez-vous (RDV) en psychiatrie adulte** (infirmier, psychologue ou médecin) a été de 13.1 jours en 2016 (13.7 jours en 2015, 12.2 jours en 2014, 12.4 jours en 2013, 11.9 jours en 2012, et 8.5 jours en 2011) ; il varie de 10.64 à 17.15 jours en fonction des CMP. Ces données correspondent à 28 premiers RDV par mois en moyenne et par CMP. En addictologie, les délais pour un premier RDV sont plus réduits avec 8.1 jours en moyenne sur l'année 2016 (6.7 jours en 2015, 7.1 jours en 2014, 6.1 jours en 2013 et 5.0 jours en 2012), pour 19 premiers RDV par mois en moyenne par CMPS.

Le délai moyen pour un **premier rendez-vous (RDV) en Pédopsychiatrie** s'établit à 24.0 jours en 2016, contre 46.3 jours en 2015, 43.8 jours en 2014, 40.9 jours en 2013 et 32.1 jours en 2012, ces données correspondant à 17 premiers RDV par mois en moyenne par CMPEA. Les délais d'obtention du premier RDV varient de 17.3 jours au CMPEA de Rostrenen à 29.4 jours au CMPEA de Loudéac, ces données moyennes étant légèrement inférieures à l'objectif du CPOM (30 jours).

❖ **Activité d'hospitalisation complète psychiatrie sectorisée :**



La file active diminue légèrement sur la période 2011 à 2016 de -4.70% ainsi que le nombre d'entrées directes (-3.67%).

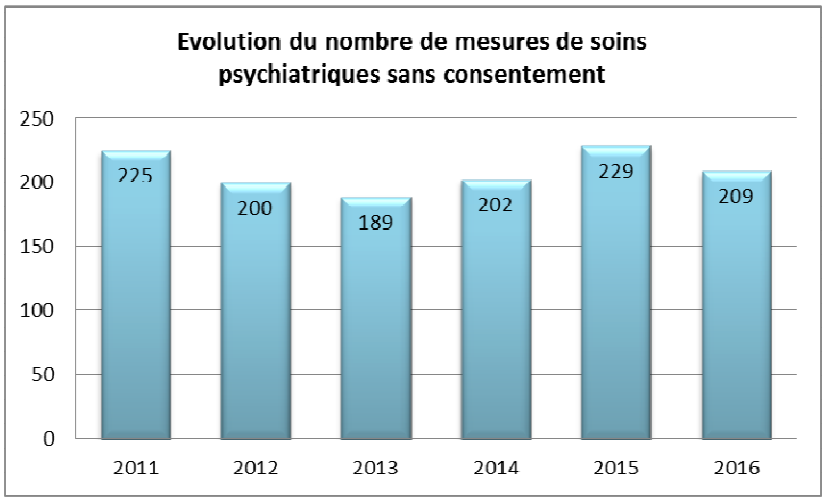


La part des hospitalisations au long cours (hors UMD), bien qu'en diminution, reste importante, avec 36 patients hospitalisés à temps plein pendant au moins 292 jours au cours de l'année, représentant 11 850 journées (44 patients en 2015 pour 12 849 journées). Ces séjours de durée longue concernent à la fois l'unité intersectorielle de réhabilitation et de soins prolongés mais aussi de l'unité d'accueil des hospitalisations sans consentement et des unités de psychiatrie active.

L'occupation moyenne des capacités d'hospitalisation est cependant en diminution régulière, passant de 156,1 à 137.8 patients présents en moyenne chaque jour de 2011 à 2016 (pour une capacité de 160 lits).

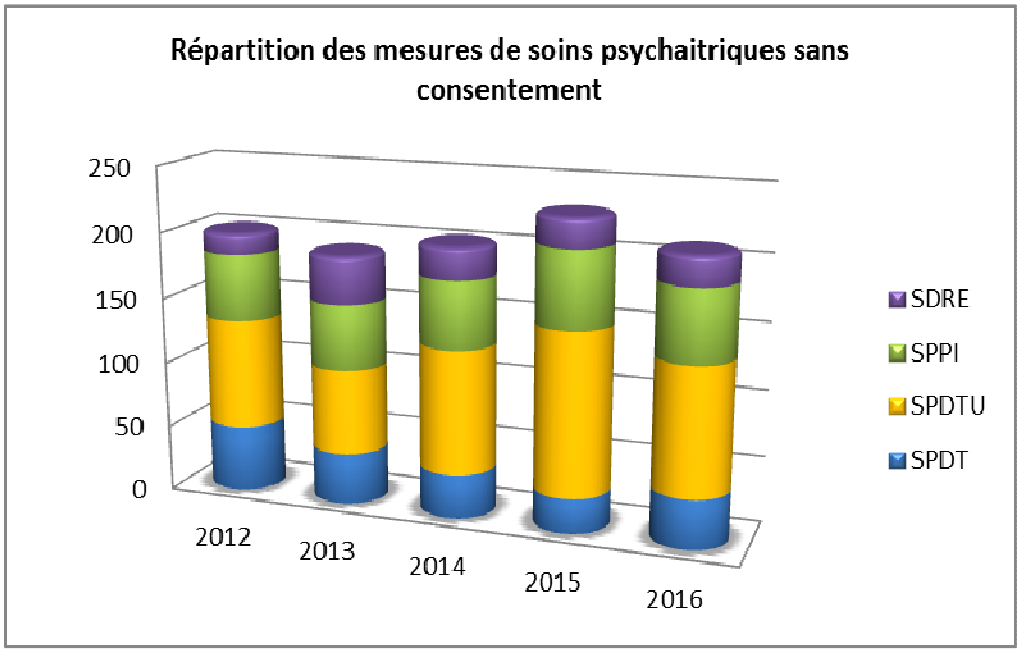
Il existe une dynamique réelle de réduction des durées de séjour au sein de l'ensemble des unités de l'hôpital, sur les soins aigus, la géronto-psychiatrie et les soins sans consentement. Ainsi, la durée moyenne de séjour sur la psychiatrie sectorisée est passée de 28.1 jours en 2011 à 26.7 jours en 2016.

❖ **Hospitalisation sans consentement :**



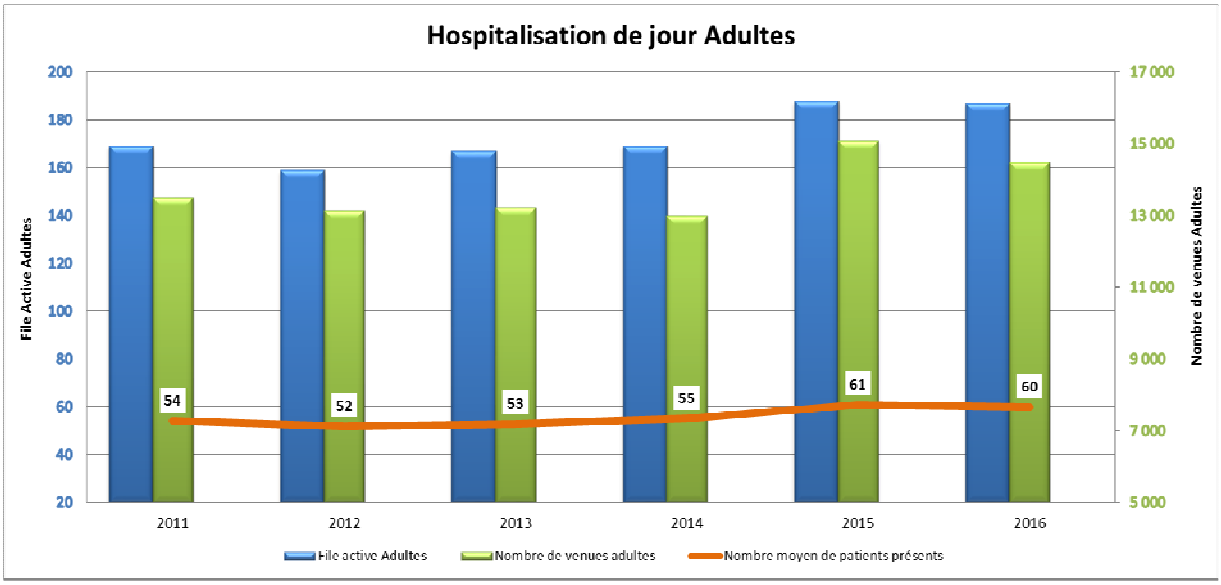
Le nombre total de mesures d'hospitalisation sous contrainte est en diminution de 9% sur 2016, avec 209 mesures (-20 par rapport à 2015), comprenant :

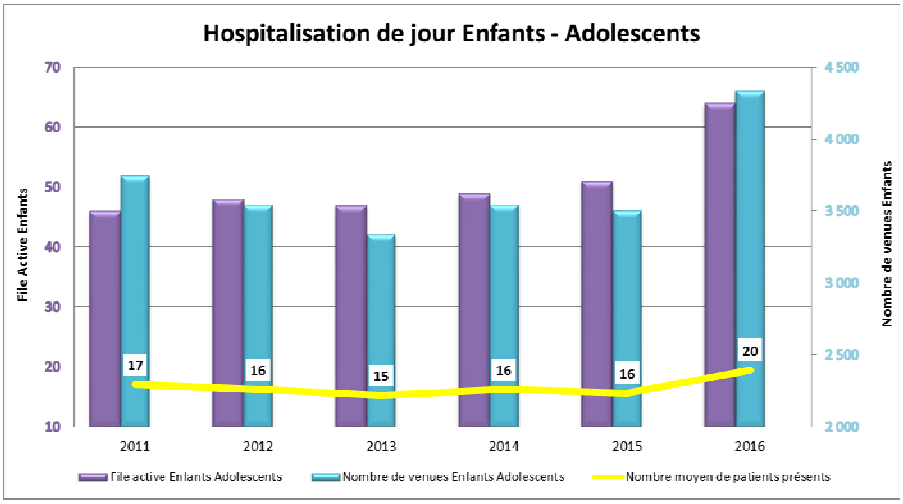
- 22 admissions en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SDRE), équivalent à 11% du total des admissions en soins sans consentement, chiffre équivalent à 2015,
- 187 admissions en soins psychiatriques sur décision du directeur, soit 89% du total des admissions en soins sans consentement, réparties comme suit :
  - 37 mesures de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT),
  - 96 mesures de soins psychiatriques à la demande d'un tiers – Procédure d'urgence (SPDTU),
  - 54 mesures de soins psychiatriques en Péril Imminent (SPPI).



Au global le nombre de mesures de soins sans consentement sur décision du directeur se situe en moyenne à 180 (en dehors de l'année 2015 atypique à 207). Sur les cinq ans, la part des Soins sur Péril Imminent (SPPI) est stable aux alentours de 50 mesures, soit moins de 30% du nombre de mesures total.

❖ **Activité d'hospitalisation de jour :**





A la suite d'une période d'activité stable sur les années 2011 à 2014, avec des variations minimes d'une année sur l'autre, l'activité des **hôpitaux de jours adultes** a fortement progressé sur 2015 sur le nombre de venues enregistrées (+16.1%). En 2016, l'activité en venues a légèrement diminué avec -601 venues soit -3.98%.

L'activité des **hôpitaux de jours de Pédopsychiatrie** exprimée en nombre de venues est en augmentation sur l'année 2016 (ouverture en novembre 2015 des 5 places d'hôpital de jour adolescents à Pontivy), à hauteur de +830 venues soit +23.67%.

L'objectif court terme est de dynamiser l'activité des hôpitaux de jour, à la fois sur l'occupation quotidienne des différents hôpitaux de jour, et sur la file active prise en charge et son renouvellement.

D. Activité du service de Médecine et Soins de Suite Henri Garnier

Le service de médecine et soins de suite Henri Garnier accueille des patients provenant principalement des cantons de Gouarec, Rostrenen, Mur de Bretagne (Territoire de Santé 8), Saint Nicolas du Pélem, Corlay, Callac (Territoire de Santé 7) et Maël Carhaix (Territoire de Santé 1). Cette aire géographique représente une population de 34.677 habitants (population de référence INSEE 2012, base 2009), dont 26.8 % de personnes

âgées de plus de 60 ans et 12.1 % de personnes de 75 ans et +. Soit un vieillissement de la population beaucoup plus prononcé que pour l'ensemble de la région.

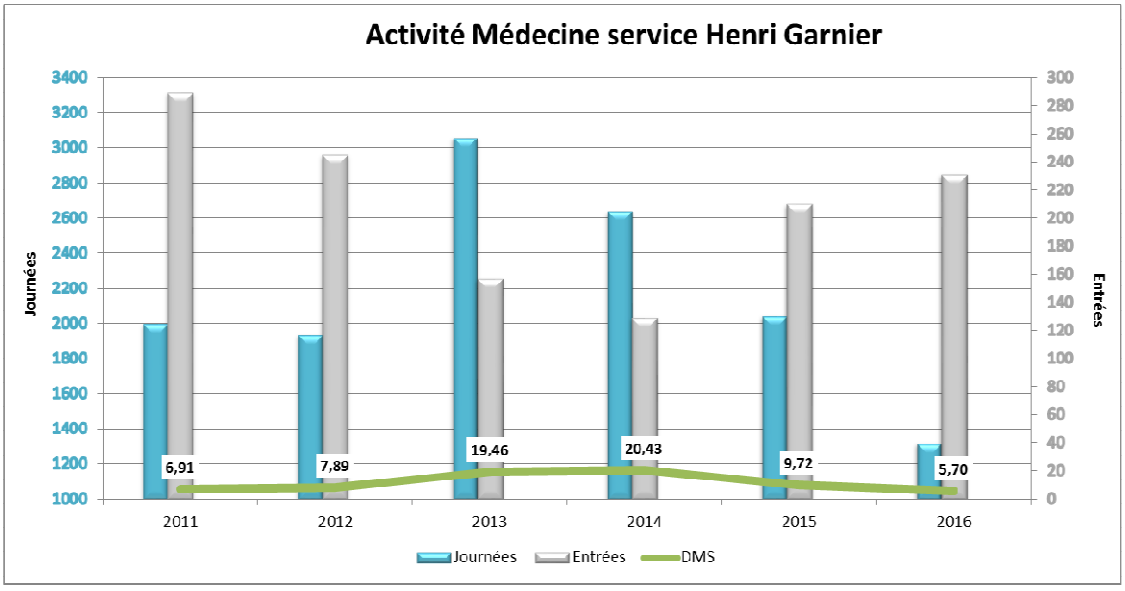
Le service Henri Garnier a ouvert en 2007 sur une capacité de 5 lits de médecine et de 10 lits de soins de suite. Afin de mieux répondre aux besoins de la population, ces capacités ont été portées en janvier 2010 à 10 lits de médecine et 15 lits de soins de suite polyvalents, ce qui permet par ailleurs une organisation plus satisfaisante en termes d'efficience. Cinq médecins libéraux implantés sur les cantons précités participent à la prise en charge de leurs patients au sein du service (existence de conventions).

La structuration des filières gériatriques des territoires de santé N° 1 et 8, au sein desquelles l'offre de proximité de l'AHB en médecine, soins de suite, EHPAD et USLD, est bien identifiée, est de nature à développer l'inscription du service Henri Garnier au sein des parcours de soins des personnes âgées sur le territoire. L'objectif de l'AHB est de positionner le service Henri Garnier comme un acteur de proximité dans l'organisation des parcours de soins au sein de la filière gériatrique du territoire, en interface avec les autres acteurs du territoire, médecins généralistes et professionnels du premier recours, intervenants au domicile, établissement support du GHT, unité de soins de longue durée ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Après une période de baisse d'activité sur les exercices 2012 et 2013, l'activité du service Henri Garnier a été vigoureusement relancée à compter du 2ème semestre 2014, suite au recrutement d'un nouveau médecin responsable, praticien hospitalier en médecine interne, intervenant également sur l'USLD de la Résidence Keramour.

❖ Activité de médecine

Le service de médecine Henri Garnier a été reconnu en 2016 en tant qu'hôpital de proximité avec l'avantage d'une sécurisation des financements pour les activités de volumétrie faible et exposées aux aléas d'activité (présence médicale limitée et fonctionnement avec les médecins de ville).



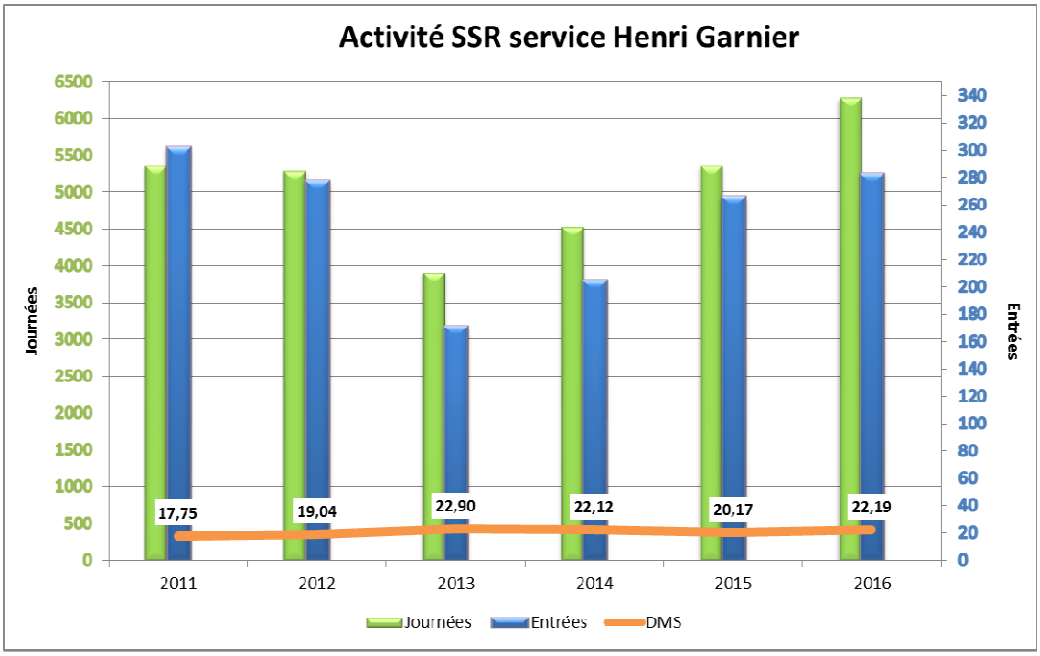
Les tendances observées pour l'activité de médecine portent sur :

- La diminution du nombre de journées réalisées depuis 2013. La durée moyenne de séjour qui avait fortement augmenté en 2013 et en 2014, redescend en 2016 à une valeur un peu en dessous de moyennes observées, avec 5,7 jours.

- 21% des admissions proviennent du domicile, 77% sont réalisées par transfert de court séjour d'autres Centres Hospitaliers, le différentiel concernant des patients transférés de psychiatrie.

Le service permet l'hospitalisation en proximité pour des soins médicaux à destination d'une population âgée, ne nécessitant pas le recours à un plateau technique sur site et ne pouvant être réalisés au domicile en raison de l'isolement du patient et /ou de la perte d'autonomie. Cette activité de médecine sur 10 lits comprend des aléas au regard du dimensionnement très réduit du service, de l'absence de plateau technique, de la continuité de l'intervention des médecins libéraux dans un contexte local très fragile.

❖ **Activité de Soins de Suite :**



L'activité en journées et en entrée est en progression depuis 2013 sur le secteur soins de suite polyvalents. En 2016, la DMS se situe à 22.2 jours soit +2 jours par rapport à 2015 et le taux d'occupation passe de 98% en 2015 à 114% en 2016, ce qui dépasse les engagements pris dans le cadre du renouvellement d'autorisation.

Les réalisations en volumétrie d'actes de rééducation ont nettement progressé en 2016, avec une moyenne de 1.79 actes par journée d'hospitalisation (1.46 actes par journée en 2015), pour des moyennes régionales se situant à 1.7 actes en SSR polyvalents (données 2012). Le nombre d'actes de rééducation et de réadaptation est de 11 250 (données PMSI 2016) réalisés par une équipe pluridisciplinaire (Médecin, Infirmier, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychomotricien, Neuropsychologue et assistante sociale).

L'offre de soins du service s'adresse tant à la population du territoire N° 8 (Pontivy Loudéac) qu'à celles des territoires limitrophes. Les données d'activité indiquent que le SSR Henri Garnier recrute 77% de ses patients sur le territoire N° 8, 6% sur le territoire N° 7 Saint-Brieuc Guingamp Lannion et 10% sur le territoire N°1 Brest Carhaix.

III. Diagnostic

Au vu des éléments de contexte développés préalablement, un diagnostic partagé a été formalisé par les parties prenantes de l'établissement, en vue d'élaborer une réflexion stratégique préalable à l'élaboration de la prochaine génération du projet d'établissement de l'hôpital. Il s'agissait en effet d'identifier, d'analyser et de partager collectivement les nombreux atouts de l'AHB mais également les contraintes internes et externes.

- Le **diagnostic stratégique** :

A. Points forts et points de vigilance

L'évolution des activités au regard des objectifs fixés dans le précédent projet d'établissement traduit un réel engagement dans le virage ambulatoire depuis 5 à 6 ans. La composition de l'offre en santé mentale sur le territoire propose en effet une couverture satisfaisante et un équilibre géographique permettant de garantir un recours à l'ensemble de la population. A ce titre, il est constaté une augmentation de l'activité en ambulatoire, confirmant l'importance de la demande et l'opportunité de consolider notre offre ambulatoire.

Par ailleurs, notre implication dans les différentes dynamiques territoriales démontre une ouverture de l'établissement vers ses partenaires et une volonté de co-construire de nouvelles réponses.

A contrario, les difficultés persistantes liées à la démographie médicale, aussi bien généraliste que spécialisée, fragilisent les ressources du territoire et le fonctionnement de l'hôpital. Ces difficultés ont également un impact en matière d'accueil des internes et de surcroît, sur le potentiel de renouvellement des générations. Les problématiques relatives au recrutement paramédical sont également observées depuis quelques années et constituent un phénomène en augmentation.
Bien que des efforts importants soient constatés, il sera indispensable, dans les années à venir, de poursuivre et renforcer nos démarches en faveur de prises en soins et d'accompagnement diversifiés, centrés à partir du lieu de vie des personnes accueillies. Nous devrons également prendre en compte l'évolution des profils suivis et améliorer nos réponses aux situations complexes. Ainsi, les évolutions constatées vers le virage ambulatoire seront à intensifier dans les années à venir et à optimiser par un redéploiement des ressources du centre hospitalier.

Enfin, la dynamique d'élaboration du projet d'établissement a permis de démontrer l'investissement des personnels au sein de l'AHB et leurs préoccupations concernant les évolutions de l'association.

B. Opportunités et contraintes

Au-delà de notre fonctionnement interne, des évolutions sociétales constituent une opportunité à saisir en matière d'amélioration des réponses aux parcours de santé et de renforcement des droits de l'usager. Ces dynamiques nécessiteront toutefois une adaptation et une évolution de nos pratiques actuelles.

Sur le plan des financements en santé mentale, le **plan de maîtrise de l'ONDAM 2015-2017** a entraîné la mise en place de modulations inter et intra régionales des Dotations Annuelles de Fonctionnement (DAF) de psychiatrie avec des **réductions de dotations importantes pour le Centre Hospitalier de Plouguernevel à hauteur de plus d'1 M€ (-3.44% de la DAF psychiatrie hors UMD) :**

- ***En 2015**, les critères nationaux de répartition des financements en santé mentale comprenaient des objectifs de réduction des inégalités de l'offre de soins entre les régions, conduisant à une réduction de la dotation régionale à hauteur de 870 K€. Le taux de recours en santé mentale, de même que le taux d'équipement en lits et places, se situent en effet à des niveaux parmi les plus élevés des régions françaises.*
- *L'ARS Bretagne a décidé de réintroduire le principe d'une modulation intra régionale sur la base l'indice composite utilisé en 2013 (DAF/habitant, file active), dans le contexte cette fois d'une DAF régionale en réduction ne permettant pas de reconduire les bases de l'ensemble des établissements en santé mentale.*
- *Dans ce contexte, l'ARS Bretagne a décidé de débaser en 2015 un seul établissement, le CH de Plouguernével, qui apparaissait comme étant l'établissement ayant l'indice le plus élevé, avec des écarts des plus limités.*

Pour la campagne budgétaire 2016, suite aux incompréhensions exprimées sur la campagne 2015 par la représentation régionale de l'ADESM, par la FEHAP, et à un rendez-vous au cabinet de la Ministre de la Santé associant l'AHB et l'ARS de Bretagne, l'ARS s'est engagée à revoir les indicateurs composant l'indice composite à la suite d'une concertation régionale. Un groupe de travail technique (ARS, représentants des DAF et DIM bretons) a proposé un nouvel indice composite sur la base de 7 indicateurs pondérés dont les 4 indicateurs retenus au niveau national pour répartir la DAF entre régions :

Indicateur[5]	**Pondération**
-DAF/File active	25%
-File active hospitalisation au long cours / Nombre d'habitants	25%
-File active en hospitalisation à temps plein / File active en hospitalisation partielle (hôpital de jour ou de nuit)	25%
-Taux de recours standardisé selon l'âge et le sexe en HTTP	6,25%
-Part bénéficiaires CMUC	6,25%
-Superficie	3,25%
-Dépenses AM (DAF + OQN + offre libérale) / habitant	9,25%

Le CH de Plouguernevel ressort avec un score global de 19% et des scores par indicateur assez contrastés :

- Indicateur 2, score à 23% : hospitalisation au long cours ramenée au nombre d'habitants : les données du CH de Plouguernevel sur les séjours longs sont dans la moyenne régionale constatée, représentant environ 25% des capacités d'hospitalisation. Le score est détérioré par la faible population du territoire.
- Indicateur 3, score à 27% : Part en file active de l'hospitalisation à temps partiel / temps plein.

5 AM : Assurance Maladie - DAF : Dotation Annuelle de Financement - CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire - HTTP : Hospitalisation Thérapeutique Temps Partiel - OQN : Objectifs Quantifiés Nationaux

- Indicateur 4, score à 25% : Taux de recours standardisé à l'hospitalisation temps plein.
- Indicateur 7, score à 47% : dépenses totales ramenées à l'habitant. Il convient de noter que le score DAF/habitant dans le précédent indice composite était de 1.55 ; la prise en compte dans le nouvel indicateur de l'ensemble des dépenses d'Assurance Maladie en santé mentale (DAF + OQN + offre libérale), demandée par le CH de Plouguernevel, permet de nuancer quelque peu cette donnée.
- Les indicateurs 1,5 et 6 (File Active, part des CMUC et étendue du territoire) ressortent assez logiquement de façon favorable.

A l'analyse de ces données, le Projet d'Etablissement doit comprendre des actions permettant d'améliorer les scores des indicateurs 2 et 3 (avec une incidence à la baisse sur l'indicateur 4) afin :
- d'une part de développer le nombre de patients pris en charge à temps partiel, de jour et en ambulatoire,
- d'autre part de diminuer les séjours longs par la mise en œuvre de filières d'aval plus structurées.

Pour la campagne budgétaire 2017, les économies demandées au niveau national dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, auxquelles s'ajoute la reprise au titre du pacte de responsabilité sont couvertes par les mesures de reconduction allouées. De ce fait, contrairement à 2016, le système de modulation des DAF n'est pas mis en œuvre.

A compter de 2018, **les modulations budgétaires inter et intra-régionales sur la DAF de psychiatrie interviendront dans un cadre défini par un comité de pilotage sur la psychiatrie, mis en place au niveau du Ministère de la Santé**. Ce comité de pilotage n'a pas apporté de conclusion à fin 2017.

Quelles que soient les conclusions du Ministère de la Santé, le projet d'établissement devra prendre en compte un cadre budgétaire contraint sur les années à venir, de même que des difficultés structurelles et durables en matière de démographie médicale.

En bref …

C. Les perspectives

Les enjeux du projet d'établissement 2018-2022 visent la réponse aux problématiques, résultant de l'analyse des contraintes et opportunités extérieures ainsi que des atouts et limites internes.

Ainsi, il est nécessaire de repositionner l'offre en santé mentale proposée par l'AHB, au regard du contexte institutionnel et financier et des ressources disponibles.

- **Ce qui s'impose**
  - Renforcer notre engagement dans le virage ambulatoire et adapter nos dispositifs hospitaliers,
  - Permettre au patient d'être acteur de ses soins et promouvoir le droit des patients et la place des usagers,
  - Formaliser le décloisonnement et l'ouverture aux partenaires et le passage de relais tout en restant un acteur visible dans le secteur sanitaire et médico-social.

❖ **Ce qui nécessite un effort**

- Accompagner les patients dans ces changements mais aussi les professionnels dans la mise en œuvre du virage ambulatoire,
- Savoir passer le relais, définir et renforcer les partenariats tout en développant une culture « projet » au sein de l'AHB,
- Promouvoir l'attractivité de l'AHB, notamment en matière de recrutement médical et paramédical, en développant une stratégie de communication externe

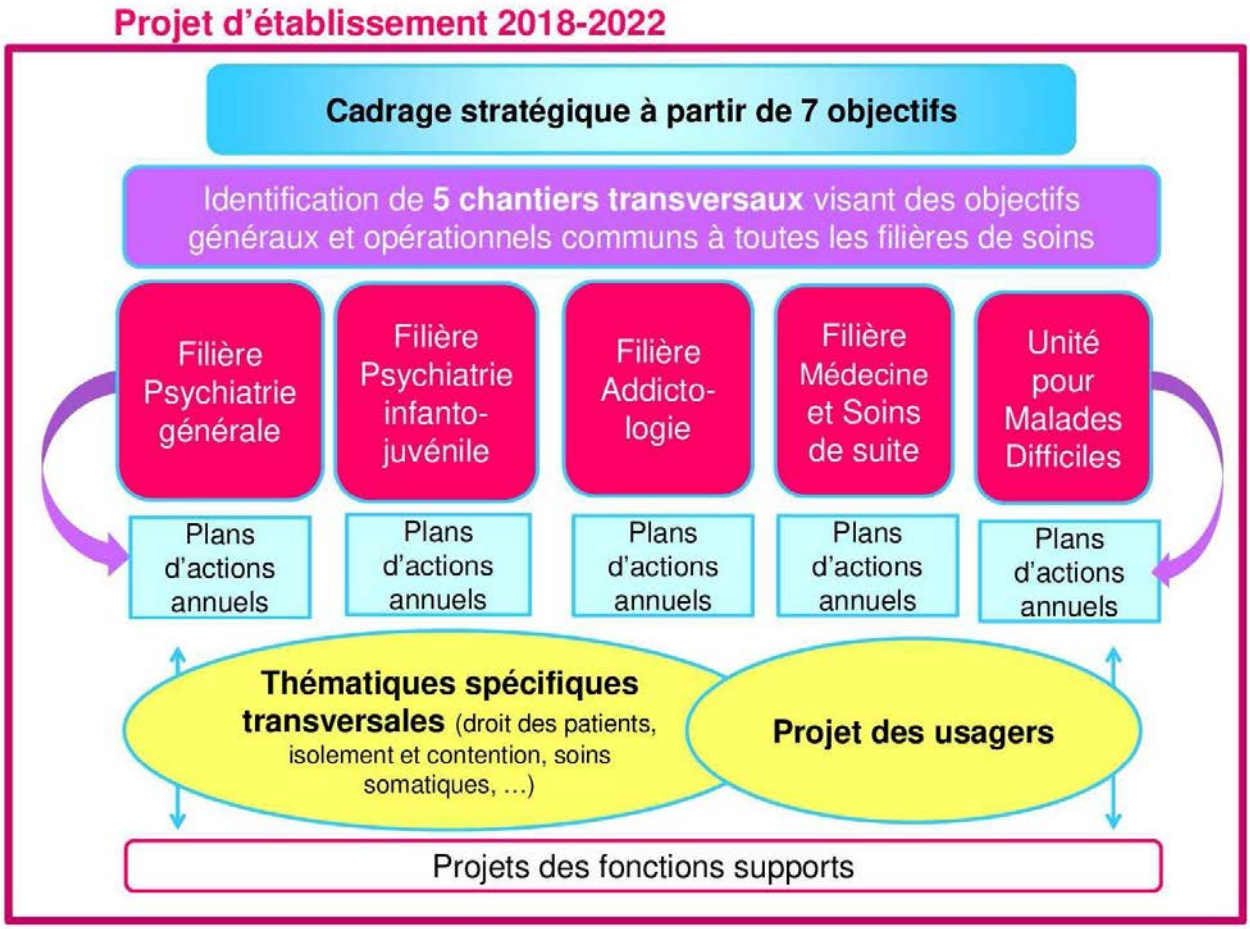
Ainsi, le projet d'établissement poursuit l'ambition de répondre aux questionnements suivants :

- Comment répondre aux objectifs fixés par les politiques de santé ?
- Comment redéfinir les prises en charge hospitalières et ambulatoires et quelles compétences développer dans ces nouveaux dispositifs d'accès aux soins ?
- Quelles modalités de régulation des pratiques proposer aux équipes dans un contexte ambulatoire plus développé ?
- Comment rendre le patient acteur du soin et renforcer le droit des usagers ?

IV. Structuration et mise en œuvre

Afin d'élaborer des axes stratégiques transversaux et décloisonnés et permettre l'appropriation du contenu par tous, le projet d'établissement 2018-2022 s'inscrit dans un impératif de lisibilité auprès des équipes de l'AHB et de nos partenaires. A ce titre, il comprend différents niveaux de lecture :

- Le niveau stratégique, avec 7 objectifs stratégiques,
- Un niveau intermédiaire, traduit par 5 chantiers qui constitueront la feuille de route commune à chaque filière,
- Le niveau opérationnel avec des objectifs priorisés et concrets, évaluables, qui seront déclinés chaque année en plans d'action annuels.



Le projet d'établissement constitue le sens de notre action sur les 5 prochaines années. A ce titre, il se doit d'être un outil dynamique et évolutif.

En effet, pour répondre à l'objectif de fluidité du parcours de soins, les activités des unités doivent être interactives entre elles et avec l'ensemble des acteurs participant à l'accompagnement des personnes en soins. La multiplicité des interactions renforcent de fait les rencontres entre les différents acteurs du sanitaire et du médicosocial ainsi que l'initiative et la créativité des professionnels.

Cette évolution dynamique dans le fonctionnement des équipes n'est envisageable que si le cadre de travail s'inscrit dans des activités coordonnées et maitrisées. Pour ce faire, la démarche projet doit être maitrisée et déclinée par l'ensemble de l'encadrement.

Ainsi, à partir des axes repérés sur chaque filière de soins, des plans d'actions annuels seront élaborés afin de définir les modalités de mise en œuvre opérationnelles et concrètes de ces orientations.

Ces plans d'actions pourront être déclinés à l'échelle d'une filière ou d'une unité de soins, en fonction de leur pertinence. Ils permettront de rendre visible l'action au sein de chaque service, dans une dynamique de projet et constitueront l'interface entre la stratégie de nos établissement et les ressources disponibles des différentes fonctions support.

Enfin, ils seront révisés annuellement, sur la base d'indicateurs préalablement sélectionnés, et seront adaptés aux évolutions internes et externes.

L'ensemble des plans d'actions feront l'objet d'un suivi global coordonné par le comité de suivi, succédant au comité de pilotage initial, et dont la composition pourra être élargie.

V. Objectifs stratégiques

Le projet d'établissement 2018-2022 définit les orientations de l'hôpital pour les 5 ans à venir, et se doit d'apporter une lisibilité de notre action et un sens commun à tous les professionnels.

En effet, il s'agit de répondre à deux enjeux principaux :

- Améliorer la prise en soin des patients tout au long de leur parcours en formalisant une politique de soins et d'accompagnement qui favorise leur autonomie.
- Adapter les missions de l'AHB pour répondre aux enjeux politiques et stratégiques, ainsi qu'aux attentes de la démocratie sanitaire.

A partir de ces enjeux, justifiant notre action et au regard du diagnostic posé, il est proposé 7 grands objectifs structurants pour notre établissement, définissant la stratégie de l'ensemble des secteurs, disciplines et unités de soins :

- Objectif n°1 : Permettre au patient d'être acteur de ses soins et promouvoir les droits des patients et la place des usagers.
- Objectif n°2 : Renforcer notre engagement dans le virage ambulatoire et adapter nos dispositifs hospitaliers.
- Objectif n°3 : Répondre aux déterminants de santé publique du territoire.
- Objectif n°4 : Consolider les prises en soin et accompagnements spécifiques, notamment sur l'autisme, la psychiatrie infanto-juvénile, la géronto-psychiatrie, l'unité pour malades difficiles.
- Objectif n°5 : Promouvoir le décloisonnement et formaliser les partenariats et le passage de relais tout en restant un acteur visible dans le secteur sanitaire et médico-social
- Objectif n°6 : Développer l'attractivité de l'AHB auprès des professionnels de santé et des réseaux en développant des pratiques médicales innovantes.
- Objectif n°7 : Participer à l'élaboration des politiques de santé et inscrire l'AHB dans leur mise en œuvre

Objectif n°1
Permettre au patient d'être acteur de ses soins et promouvoir les droits des patients et la place des usagers

En lien avec les orientations des politiques de santé, l'amélioration des parcours conduit à centrer l'action sur des réponses adaptées aux besoins des personnes en privilégiant le plus possible leur participation, leur implication dans les soins et plus largement l'accès à une vie sociale et citoyenne.

Ainsi, l'UNAFAM définit 6 champs d'intervention clés où les personnes présentant des troubles psychiques rencontrent régulièrement des difficultés : les soins, les ressources, le logement, l'accompagnement, la protection juridique et la vie sociale. L'AHB souhaite investir ces champs, en lien avec ses propres compétences et celles de ses partenaires pour répondre au mieux aux besoins des personnes que nous accompagnons.

Ces orientations ont été largement confirmées et renforcées par les lois successives structurant notre système de santé (loi du 4 mars 2002, loi du 21 juillet 2009, loi du 26 janvier 2016 …) et par l'évolution des pratiques professionnelles. A ce titre, le projet de l'hôpital de Plougeurnével doit prioritairement permettre au patient d'être acteur de ses soins et promouvoir les droits des patients et la place des usagers.

Concernant les droits des patients, l'établissement a pu s'enrichir des conclusions des visites du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés (CGLPL) pour mettre en œuvre des actions d'amélioration au vu des recommandations formulées. Par ailleurs, nous nous sommes également appuyés sur la parole des patients et des représentants des usagers, exprimée via la Commission Départementale des Soins Psychiatriques et la Commission des Usagers. Enfin, le programme d'amélioration de la qualité des soins défini sur ce thème dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques concourt également à cet objectif. Ainsi, ces démarches ont permis d'inscrire notre politique dans une dynamique continue questionnant nos pratiques et organisations pour l'affirmation du droit des patients.

D'un point de vue institutionnel, il conviendra donc de formaliser l'ensemble des réponses et actions mises en œuvre pour répondre à cet objectif en formalisant d'une part une politique relative aux droits des usagers (cf thématiques spécifiques) et d'autre part un projet des usagers et des proches en lien avec la Commission des usagers et garantissant leur implication pour accompagner les évolutions de l'institution.

Au sein des services, l'évolution de la relation de soin adaptée à chaque patient a démontré les bénéfices d'une approche coopérative et personnalisée au service de l'alliance thérapeutique. En effet, favoriser la participation du patient facilite la définition des besoins et des objectifs de soin. En réponse à ces besoins, il convient donc d'apporter une réponse modulaire, s'appuyant sur une palette de dispositifs. L'établissement doit poursuivre ses réflexions en cours depuis plusieurs années en vue d'améliorer, d'adapter et de personnaliser les prises en soin de chaque patient, en privilégiant un positionnement éthique et bienveillant. Dans le cadre d'une approche globale du patient, il conviendra donc d'appréhender l'ensemble des composantes du soin, et notamment les soins somatiques.

Par ailleurs, et plus particulièrement, la réhabilitation psychosociale constitue une pratique de soins fondée sur la valorisation des compétences de la personne atteinte d'incapacité psychiatrique, afin de favoriser son rétablissement. Elle vise ainsi à promouvoir la réinsertion sociale et/ou professionnelle des patients en s'appuyant sur des pratiques telles que la remédiation cognitive, l'entrainement aux habilités sociales (EHS), la psychoéducation, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), tout en plaçant l'individu dans son contexte (avec ses ressources propres, sa personnalité, son état émotionnel…).

Sensibiliser ou renforcer la place de la réhabilitation au sein de l'offre de soins en psychiatrie est aujourd'hui une priorité, d'autant que toutes les recommandations médicales disponibles (revues de bonnes pratiques cliniques de la Haute Autorité de Santé, « guidelines » des anglo-saxons, …) inscrivent cette pratique de soin comme prioritaire, pour le patient comme pour sa famille.

Former par ailleurs les différents professionnels en psychiatrie à la démarche et aux méthodes de la réhabilitation psychosociale s'avère indispensable pour valoriser le travail de réseau et de partenariat des secteurs de psychiatrie.

En ce sens, dans le contexte d'élaboration du projet d'établissement visant à l'amélioration des parcours et la promotion de la notion d' « empowerment »6, la structuration d'une offre de réhabilitation psychosociale est un enjeu majeur pour améliorer la qualité de vie des personnes, prévenir les rechutes, les hospitalisations de durée longue ainsi que l'apparition ou l'aggravation du handicap.

Dans une approche médicale et soignante, il conviendra donc d'améliorer l'implication des patients dans les soins et de développer et promouvoir la réhabilitation psychosociale et l'éducation thérapeutique du patient.

Parallèlement, et au regard des retours d'expériences, le soutien aux aidants sur le champ de la santé mentale apparaît comme vecteur indispensable à l'amélioration des parcours de santé et de vie. En effet, les proches jouent un rôle important dans la prévention des récidives et dans l'accompagnement des patients, mais sont particulièrement vulnérables et fragilisés par les situations de crise et épisodes aigus. Ils éprouvent également des difficultés à se repérer dans l'offre existante et de surcroît, à mobiliser les ressources. Des solutions doivent donc être proposées aux aidants, en termes d'accueil, d'information, d'orientation, ainsi que de formation des proches et des familles, en lien avec les associations représentatives.

MEMO

Permettre au patient d'être acteur de ses soins et promouvoir les droits des patients et la place des usagers et de l'entourage

- Améliorer l'implication des patients et des usagers dans les soins et dans les évolutions de l'institution.
- Formaliser un projet des usagers et des proches en lien avec la CDU.
- Promouvoir une approche globale du patient, dans toutes les composantes du soin et notamment des soins somatiques.
- Promouvoir les approches favorisant l'empowerment des patients (réhabilitation psychosociale, éducation thérapeutique du patient …).
- Soutenir les aidants.

[6] Empowerment : Renvoie à la « capacité d'agir et à la notion d'autonomisation », « L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie » Wallerstein N. *Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'« empowerment » dans l'amélioration de la santé ?* Health Evidence report. OMS, 2006.

Objectif n°2
Renforcer notre engagement dans le virage ambulatoire et adapter nos dispositifs hospitaliers

Au regard des éléments diagnostic et des politiques de santé nationales et régionales, 3 critères ont été identifiés comme levier pour adapter les pratiques de notre établissement, et réduire ses coûts de fonctionnement sur le long terme : la réduction du recours à l'hospitalisation complète, la réduction du poids des hospitalisations au long cours et le développement de l'activité réalisée en ambulatoire.

En lien avec l'évolution des prises en soin en psychiatrie, il s'agira donc demain de renforcer nos capacités d'intervention en ambulatoire, l'hospitalisation intervenant majoritairement comme une réponse ponctuelle en phase aigüe.

En effet, le diagnostic a démontré les bénéfices d'une intervention précoce, au plus près de la demande de soins, sur la diminution des situations de crise et d'hospitalisation. Ce constat implique donc la réduction du recours à l'hospitalisation complète et le développement d'orientations précoces et pertinentes vers des modalités de soins alternatives au sein des différentes filières, en fonction du degré d'urgence. Il conviendra également d'améliorer l'efficience des séjours hospitaliers en adaptant et en optimisant les modalités de prises en soin aux besoins des patients.

Les portes d'entrée dans le soin étant nombreuses, il s'agira de questionner les dispositifs de réponse aux différentes situations. En effet, les soins ambulatoires ont pour objectif d'accompagner des personnes, souffrant de troubles psychiques et psychiatriques, avec l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire en capacité d'adapter sa réponse à toutes situations rencontrées. Ils proposent des actions de prévention, d'accueil, d'évaluation, d'écoute, d'orientation, de soins, d'éducation à la santé, de réhabilitation et de réinsertion, avec l'objectif de parcours de soins individualisés répondant aux besoins des usagers.

Les différentes composantes de l'offre de soins ambulatoire en psychiatrie (CMP, CATTP, Hôpitaux de jour, lieux d'accueil, de soins et d'accompagnement) constituent des alternatives à l'hospitalisation à temps plein de par leur potentialité à coordonner les interventions de leurs équipes pluridisciplinaires, à mobiliser les différents partenaires des secteurs sanitaires et médico-sociaux, et à rendre le patient acteur de ses soins en impliquant son entourage.

Cependant, les dispositifs ambulatoires sont confrontés à des difficultés pour répondre à des situations dites de semi-urgences ainsi que sur les situations nécessitant un passage de relais.

Ces problématiques identifiées amènent donc à questionner l'organisation des dispositifs ambulatoires (HJ, CMP, CATTP) et à renforcer et renouveler leurs missions auprès des personnes accompagnées, autour de l'objectif principal de proposer un programme de soins pour chaque patient, sur la base d'une évaluation des besoins des patients, et d'une proposition de soins graduée en fonction des besoins

Plusieurs facteurs ont été repérés comme leviers pour organiser une fluidité et une réactivité des réponses. Ainsi, une organisation plus souple et le renforcement du travail en réseau pourraient y répondre. Les professionnels témoignent également de la nécessité de redéfinir les modalités de prises en soin des patients, en développant une dimension personnalisée et modulaire répondant au mieux à leurs besoins.

Par ailleurs, il a été constaté au sein de notre établissement, une part d'hospitalisations longues supérieure aux moyennes régionales. Au regard des données de diagnostic, la réduction des hospitalisations au long cours constitue une des orientations essentielle de l'adaptation du dispositif hospitalier, en proposant de développer et consolider les liens avec l'extérieur.

Ces dernières années, l'analyse des hospitalisations prolongées et/ou réhospitalisations de nombreux patients démontre les difficultés de concrétisation des projets (manque d'autonomie du patient pour un retour à domicile, de place dans les structures ...), et un étayage insuffisamment solide à l'extérieur (environnement familial, social, occupationnel, culturel …).

Ainsi, l'offre d'hospitalisation à temps plein du CH de Plouguernével a évolué avec la mise en œuvre d'une unité de soins prolongés et de réhabilitation psychosociale qui accueille 20 patients en grande dépendance depuis 2013, dont les projets de sortie sont définis ; ils sont en attente d'une structure d'accueil et poursuivent des soins de réadaptation dans cette perspective.

Afin de dynamiser la filière de réhabilitation psycho-sociale et de développer son périmètre d'intervention, un plateau technique a été mis en place en 2017 pour permettre l'accès à des activités de réhabilitation psychosociale en journée ou demi-journée sur le site de l'hôpital, pour les patients dont le projet thérapeutique le prévoit.

Cette offre est destinée à des patients issus des unités de court séjour, dont l'hospitalisation se prolonge ou faisant l'objet de ré-hospitalisations régulières. Elle concerne également des patients hospitalisés sur des durées moins longues, entrant dans un processus psychotique, avec un pronostic réservé au niveau de la réinsertion psycho-sociale. Afin de prévenir ces risques d'hospitalisation de longue durée et de rupture sociale, le repérage des patients en perte d'autonomie du fait de leurs troubles psychiques est donc organisé en cours d'hospitalisation, afin de déployer rapidement des modalités de soins et d'accompagnement adaptés à chaque situation.

Il s'agira donc demain de renforcer ces pratiques et d'en évaluer les effets en vue d'adapter notre offre en réponse aux besoins.

La réduction de la part de l'hospitalisation à temps plein dans l'offre de soins engage par ailleurs, de manière plus générale, une diminution des durées moyennes de séjours, nécessitant des évolutions dans les pratiques autour des axes suivants :

- Structuration de l'hospitalisation autour d'un projet personnalisé de soins et de vie en continuité avec les soins ambulatoires,
- Accompagnement et coordination des parcours pour les cas complexes,
- Recours à des outils de réhabilitation et de réinsertion dès l'entrée du patient,
- Relai vers l'ambulatoire dès que possible,
- Mobilisation d'outils permettant l'accès au logement (appartements passerelles…).

Enfin, ces évolutions de l'offre impactent nécessairement l'organisation actuelle et impliquent une adaptation des effectifs et des compétences aux évolutions d'organisation. En effet, le virage ambulatoire nécessite une politique forte en matière de formation et d'accompagnement professionnel. Il engage également une réflexion sur la réduction de la capacité d'hospitalisation complète de l'hôpital, afin de permettre des redéploiements de moyens substantiels en direction des

dispositifs ambulatoires. En ce sens, il conviendra de formaliser un cadre d'analyse du suivi de l'activité de l'établissement, en lien étroit avec le Département de l'Information Médicale et l'encadrement médical et soignant.

MEMO

Renforcer notre engagement dans le virage ambulatoire et adapter nos dispositifs hospitaliers

- Réduire le recours à l'hospitalisation complète en améliorant la pertinence des orientations vers les différentes filières de soins, l'efficience de l'hospitalisation et le développement d'alternatives.
- Réduire les hospitalisations au long cours.
- Redéfinir les objectifs et l'organisation des dispositifs ambulatoires (HJ, CMP, CATTP).
- Adapter les effectifs et les compétences aux évolutions d'organisation.
- Déterminer les conditions de la diminution des capacités d'hospitalisation complète.

Objectif n°3
Répondre aux déterminants de santé publique[7] du territoire

Sur le territoire du Centre Bretagne, les indicateurs de mortalité prématurée évitable apparaissent plus défavorables que les niveaux moyens régionaux, en particulier sur les causes imputables à consommation d'alcool (cancers des voies aérodigestives supérieures, cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme) ou au suicide.

Ces données révèlent une surmorbidité réelle sur notre territoire, en dépit d'un taux de recours aux soins psychiatriques de la population plus élevé que la moyenne bretonne, et d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale, en particulier sur les lits d'hospitalisation à temps plein.

Au regard de ces constats, et en lien avec la politique régionale de santé publique, l'AHB se doit de poursuivre de manière générale son engagement sur les déterminants de santé publique, sur la prévention en santé mentale, et en particulier sur :

- La prévention, le repérage et la prise en charge du risque suicidaire,
- La prévention, le repérage et la prise en charge des conduites addictives,
- L'amélioration du parcours en santé mentale des publics démunis.

Ainsi, la prévention du risque suicidaire constitue un objectif fort de la politique de l'établissement, tant en intra-hospitalier, qu'en ambulatoire et en lien avec les partenaires. A ce titre, l'établissement poursuivra ses collaborations avec les réseaux locaux d'acteurs engagés sur la prévention du suicide. Il conviendra en effet de :

- S'engager sur les démarches favorisant l'interconnaissance et les liens entre acteurs en matière de santé mentale,
- Poursuivre les formations et sensibilisations au repérage de la crise suicidaire
- Participer aux projets qui combinent un ensemble d'interventions reconnues efficaces (stratégie multimodale) qui peuvent inclure des actions d'information, de sensibilisation, de formation, de prise en charge et de recontact.

Concernant la prévention et la prise en charge des conduites addictives, notre territoire présente une offre graduée et un taux d'équipement important. Cependant, des taux de fuite et d'attractivité importants sont observés sur le territoire n°8.

Au vu du contexte et du diagnostic, l'ARS et les établissements concernés du territoire ont identifié des enjeux pour l'organisation de la filière en addictologie sur le Centre Bretagne :

- Favoriser l'accès aux soins, organiser et fluidifier les parcours,
- Optimiser l'efficience des prises en charge et des organisations,
- Transformation de l'offre de soin, d'accompagnement et d'insertion sociale (structuration et fonctionnement) en appui aux parcours.

[7] Déterminants de santé : Facteurs influençant l'état de santé d'une population (facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, comportementaux, environnementaux et biologiques

Afin de répondre à ces orientations et d'améliorer la réponse aux besoins sur notre secteur d'intervention, la filière en addictologie sera construite en lien étroit avec les objectifs du Groupement Hospitalier de Territoire et portée par les trois acteurs, l'AHB, le CHCB et l'Association Douar Nevez, gestionnaire du CSAPA de Pontivy.

Ainsi, le projet médical partagé du GHT ambitionne de :

- Garantir une offre adéquate et durable en addictologie dans les deux dimensions psychiatrique et somatique, avec notamment le développement des sevrages complexes en MCO et l'accès à l'hospitalisation de jour et aux SSR en addictologie,
- Renforcer la complémentarité et la coordination des acteurs de la filière, en optimisant la coordination du pilotage et des modalités d'interventions de chaque acteur, et en améliorant l'accès aux soins et aux dispositifs, tant auprès des différents publics que des professionnels.

Au-delà de la structuration de la filière, le projet d'établissement poursuit l'ambition de diversifier et d'améliorer la prévention et les prises en soins en addictologie, et notamment à destination des situations complexes.

Enfin, plusieurs études ont démontré la complexité d'accéder aux soins pour les publics en situation de précarité. La prévalence des problématiques psychiques chez les personnes les plus démunies rend donc indispensable l'élaboration d'une réponse spécifique aux besoins de ces publics.

Ainsi, la consolidation de l'accompagnement social et le renforcement des partenariats extérieurs et de proximité avec les structures sociales et médico-sociales intervenant sur les territoires couverts constituent donc un axe important à développer.

Afin de consolider les projets de sortie, il s'agira également d'approfondir la réflexion sur la mise en œuvre de dispositifs alternatifs (exemple des appartements passerelles sur Loudéac) afin de faciliter l'accès à un logement adapté ou ordinaire pour les patients.

En effet, l'accès et le maintien dans un logement de droit commun, ou l'accès à un logement adapté est un enjeu majeur pour les personnes présentant un handicap psychique ou souffrant de pathologies psychiatriques. Il constitue un véritable levier de prévention des rechutes et des chronicisations.

MEMO

Répondre aux déterminants de santé publique et aux besoins des publics spécifiques du territoire

- Renforcer et adapter nos actions aux évolutions concernant la prévention et la prise en charge du risque suicidaire.
- Renforcer et améliorer la prévention et la prise en charge des conduites addictives, par la structuration de la filière et l'optimisation et la diversification des prises en soin.
- Améliorer les parcours en santé mentale des publics démunis.

Objectif n°4
Consolider les prises en soin et accompagnements spécifiques, notamment sur l'autisme, la psychiatrie infanto-juvénile, la géronto-psychiatrie, l'unité pour malades difficiles

Les politiques successives ont défini des orientations de santé publique ou de l'accompagnement médico-social, et apporté des réponses à certains publics au regard de leurs besoins spécifiques, avec. Ainsi, des plans ministériels ont souvent accompagné ces orientations, par exemple le Plan Autisme 2014-2017, le Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019, …

Vieillissement de la population et géronto-psychiatrie

Ainsi, le vieillissement massif de la population amène les acteurs en santé à adapter leurs organisations. Sur le champ de la santé mentale, l'avancée en âge des patients souffrant de troubles psychiques de différentes natures, ainsi que l'augmentation des pathologies neuro-génératives de type maladie d'Alzheimer amènent à nous questionner sur l'offre proposée au sein de l'AHB.

En effet, l'évolution des profils accueillis aujourd'hui diverge du projet médical initial, à savoir la prise en charge du vieillissement des pathologies psychiatriques. A ce jour, 5 patients avec ce profil sont accueillis en moyenne sur la capacité totale de l'UIGP (25 lits). Les patients âgés avec des troubles psychiatriques ponctuels sont par ailleurs accueillis en phase aigüe dans les unités d'hospitalisation classiques, sans limite d'âge. En parallèle, il est constaté des besoins croissants d'appui du secteur psychiatrique pour la prise en charge de personnes avec maladies neurodégénératives et troubles associés. L'UIGP accueille majoritairement ces catégories de patients relevant davantage d'une offre spécifique que de la psychiatrie. Enfin les orientations de ces patients vers les dispositifs médico-sociaux au sein de la filière gériatrique se font de manière assez satisfaisante, avec le soutien de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie qui intervient in situ au sein d'un réseau de 38 établissements accompagnant les personnes âgées sur le territoire.

Le projet à définir sur cette filière, dans le cadre du projet médical partagé du GHT Centre Bretagne, doit donc s'appuyer à la fois sur les ressources de la filière gériatrique du territoire, et sur celles de la filière psychiatrie.

Dans le contexte du vieillissement des populations, le plan maladie neurodégénératives pourrait permettre de compléter cette offre d'unités spécialisées (UHR, UCC) qui n'existent pas sur le territoire, et dont le fonctionnement devrait être articulé (géronto-psychiatrie, gériatrie, EHPAD, MAIA) dans une logique de parcours.

Les unités cognitivo-comportementales, relevant de soins de suite à réadaptation, permettent ainsi de répondre aux besoins des personnes présentant des troubles cognitifs et comportementaux quotidiens, avec des objectifs de soins visant à déceler les capacités des patients, à mettre en évidence les stratégies adaptées pour palier leurs difficultés autant que possible, et à leur permettre de réintégrer si possible leur cadre de vie (au domicile ou en maison de retraite).

Dans l'hypothèse de la mise en œuvre d'une UCC à vocation territoriale sur l'AHB, une réflexion devrait être menée sur la constitution d'un pôle gériatrique à l'échelle de l'association.

Soigner et accompagner les enfants et adolescents

Constat partagé par les acteurs de terrain sur l'ensemble de la région et du territoire Centre Bretagne, une réflexion s'impose sur l'optimisation de la palette de réponses de soins et d'accompagnement en direction des enfants, adolescents et jeunes adultes, dans sa composition et dans son fonctionnement.

Ainsi, les travaux ont démontré la nécessité d'améliorer l'accès aux soins et au diagnostic, l'efficience des prises en soins et l'organisation des passages de relais. Il s'agit donc d'améliorer la précocité des réponses et des soins pour diminuer les effets restrictifs des troubles sur la vie des enfants.

Les enjeux sont en particulier :

- de prévenir les ruptures de parcours liées notamment à la multiplicité des tranches d'âge dans les soins et accompagnements proposés par les différents acteurs (éducation nationale, pédiatrie, pédo-psychiatrie, établissements et services médico-sociaux), et à l'insuffisance de relais organisés.
- D'apporter des réponses dans les situations qui requièrent des soins ou accompagnements plus intensifs ; il n'existe actuellement pas d'offre ni de relai suffisamment organisé afin de répondre aux besoins de jeunes patients du Centre Bretagne avec des troubles du comportement d'intensité importante.

Prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA)

En continuité des actions menées par la psychiatrie adultes et infanto-juvénile ainsi que par la MAS du Petit Clos à Ploeuc L'Hermitage, l'AHB souhaite poursuivre son engagement dans l'accompagnement et la prise en soins des jeunes et adultes avec TSA.

Ainsi, les premières orientations du 4ème plan autisme, qui sera finalisé fin 2017, s'inscrivent dans la continuité du 3ème 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.

Pour répondre à ces orientations, plusieurs réponses et dispositifs sont développés en étroite collaboration avec nos partenaires sur les départements des Côtes d'Armor et du Morbihan : la mise en œuvre des équipes mobiles, la participation au diagnostic simple et précoce via la labellisation de nos équipes, ...

Ces dynamiques devront donc être structurées et formalisées dans le projet d'établissement afin d'assurer la cohérence des dispositifs.

L'Unité pour Malades Difficiles

L'UMD « Christian Codorniou » a ouvert ses portes en 2008. En lien avec les évolutions réglementaires sur le droit des patients et avec le recul sur l'activité et les pratiques au sein de l'unité, le projet d'établissement cible prioritairement l'évolution du projet de soins et les objectifs suivants :

- Garantir le respect des droits des patients,
- Élargir les compétences professionnelles,
- Renforcer les prises en soins individualisées,
- Garantir la qualité et la sécurité des soins et prévenir l'épuisement professionnel,
- Faire évoluer et améliorer l'environnement des patients,
- Améliorer les conditions de sortie.

MEMO

Consolider les prises en soin et accompagnements spécifiques, notamment sur l'autisme, la psychiatrie infanto-juvénile, la géronto-psychiatrie, l'unité pour malades difficiles

- Redéfinition de l'offre de la psychiatrie en réponse aux besoins des personnes âgées sur le territoire, en lien avec les opportunités d'adaptation et de développement de l'offre.
- Faciliter l'accès au diagnostic et aux soins en pédopsychiatrie.
- Structurer et améliorer la réponse aux besoins des personnes avec troubles du spectre autistique, au travers de la professionnalisation des équipes, de la formalisation des partenariats et de l'adaptation de nos dispositifs.
- Faire évoluer le projet de soins de l'UMD.

Objectif n°5
Promouvoir le décloisonnement et formaliser les partenariats et le passage de relais tout en restant un acteur visible dans le secteur sanitaire et médico-social

L'approche des différents parcours se traduit nécessairement par l'intervention du bon professionnel, au bon endroit, au bon moment. A ce titre, le développement des liens avec les partenaires des différents secteurs et champs d'intervention s'inscrit pleinement dans nos orientations, et s'appuie sur une démarche d'interconnaissance développée en continu aux différents niveaux de l'institution, du management aux équipes de terrain.

Différentes démarches ont d'ailleurs permis de recueillir les besoins de nos partenaires, qui visent principalement la consolidation d'un appui spécialisé en santé mentale à destination des professionnels et des établissements et services du territoire, tant sur le premier recours que sur les établissements de santé et le secteur médico-social. Ainsi, il conviendra d'affiner et d'actualiser les attentes de nos partenaires pour réaffirmer nos missions d'appui sur le territoire.
Pour illustration, les médecins traitants suivent seuls des patients présentant des troubles psychiques (troubles anxieux et dépressifs), qui représentent 25 à 30% de leur activité. Ils assurent également le suivi global et la coordination des soins somatiques et psychiques de patients présentant des pathologies psychiatriques sévères, souvent chroniques.

Les difficultés d'interface entre équipes de soins primaires et professionnels de la psychiatrie ont des conséquences sur la qualité des soins et le parcours des personnes : absence ou retard de diagnostic, non compliance, interruption des soins, redondances d'examens, risque iatrogénique…. Le développement de d'un appui spécialisé en psychiatrie à destination des professionnels des soins primaires contribue donc de manière essentielle à la qualité et à la continuité des parcours de santé.

Par ailleurs, ouvrir l'établissement vers l'extérieur implique de développer des liens de partenariat en direction des acteurs du social et du médico-social, afin de répondre aux besoins des personnes accompagnées dans leur parcours de soin et de vie. Ainsi, nous consoliderons nos relations avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et notamment ceux intervenant sur le lieu de vie des personnes : les Groupements d'Entraide Mutuelle, les Services d'aide et d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

De manière plus générale, les mutations engagées par le secteur médico-social, portées par des politiques publiques volontaristes (réponses accompagnée pour tous, facilitation des parcours de vie, diversification de l'offre…), constituent un terrain favorable à l'expérimentation de coopérations innovantes avec nos partenaires, au premier rang desquels les établissements médico-sociaux de l'AHB.

L'AHB devra également investir des dynamiques partenariales visant à favoriser l'accès à la vie sociale et au travail. En ce sens, nous poursuivrons notre engagement pour le déploiement des dispositifs de coordination des parcours, comme les pôles territoriaux de l'association Handicap 22. Il nous faudra renforcer les liens avec nos partenaires du secteur social, pour répondre aux besoins des publics démunis.

Il conviendra également d'investir le thème de l'insertion par l'accès au logement. En effet, l'accès et le maintien dans un logement de droit commun, ou l'accès à un logement adapté, est un enjeu majeur pour les personnes présentant un handicap psychique ou souffrant de pathologies psychiatriques. Il constitue un véritable levier de prévention des rechutes et des chronicisations.

Au-delà des dispositifs existants (maison relais, appartements protégés, résidence accueil, …), l'AHB souhaite promouvoir des solutions permettant de faciliter l'accès à un logement adapté ou ordinaire pour les patients, en intégrant à la réflexion les besoins quantifiés avec les élus locaux et autres acteurs sur les différentes agglomérations du territoire. Il s'agira demain de consolider cette réflexion afin d'assurer le lien avec des dispositifs spécifiques de logements adaptés (en interne – appartement passerelle – et/ou en externe). Nous pourrons ainsi développer une ingénierie sociale dans ce domaine et nous appuyer sur des coopérations avec les acteurs du logement autour de l'habitat inclusif, via par exemple des réponses conjointes aux appels à projets, associant les bailleurs sociaux, les acteurs du médico-social, les collectivités …

L'AHB poursuivra par ailleurs sa dynamique de partenariat, à travers la structuration, l'évaluation, l'adaptation et la consolidation de ses différentes conventions et coopérations.

MEMO

Formaliser le décloisonnement et l'ouverture aux partenaires et le passage de relais tout en restant un acteur visible dans le secteur sanitaire et médico-social

- Consolider l'appui spécialisé en direction des professionnels et des structures partenaires.
- Renforcer l'interconnaissance avec les acteurs du territoire.
- Renforcer nos participations aux dispositifs de coordination de parcours et plus largement, aux dynamiques de nos partenaires.
- Renforcer les liens avec le secteur social et médico-social.
- Renforcer notre investissement sur les champs de l'insertion, de l'emploi, du logement, de la vie sociale.
- Structurer une réflexion sur la diversification et l'adaptation de notre offre sur la thématique « Logement ».

Objectif n°6
Développer l'attractivité de l'AHB auprès des usagers et du grand public ainsi que des professionnels de santé et des réseaux

En lien avec la formalisation des relations avec nos partenaires, le défi de notre établissement est également de garantir la lisibilité et la visibilité de notre offre de soins.

En effet, au vu des enjeux identifiés, concernant notamment les passages de relais, il est indispensable que les acteurs du territoire repèrent notre offre et situent nos champs de compétences et différentes missions. La dynamique de promotion des activités de l'AHB doit également s'inscrire dans le temps afin de répondre au contexte de turnover des professionnels sur le territoire.
En parallèle, et dans un souci de transparence et de valorisation des activités en santé mentale, il importe de communiquer auprès des patients et de leurs proches, mais également auprès du grand public et de la population locale.

A ce titre, il conviendra de formaliser une politique de communication globale à destination des professionnels et du grand public, afin de faire connaître notre offre et de valoriser l'Association.

Ainsi, différents supports sont à développer, structurer et formaliser comme la création d'un nouveau site Internet, la diffusion par voie numérique de supports de communication et d'information (offre de soin, fiches techniques, …) et la participation et/ou l'organisation d'évènements sur le territoire (Semaines d'information sur la santé mentale, conférences, forums, rencontres citoyennes, …).

En parallèle, et afin de développer l'attractivité de l'AHB pour répondre aux enjeux et difficultés en matière de démographie médicale, l'Association poursuit l'ambition de valoriser la qualité des soins pratiqués, et d'encourager les initiatives, approches et techniques innovantes (remédiation cognitive, rTMS, …).

Ainsi, il s'agit de s'inscrire dans une dynamique visant à accompagner le développement de nouvelles pratiques médicales, et à promouvoir l'hôpital comme terrain d'exercice attractif en lien avec nos objectifs d'amélioration de la qualité des soins et des réponses apportées aux patients et à leur entourage.

Par ailleurs, l'AHB poursuivra également ses engagements au sein de réseaux régionaux déployant des activités de recherche en psychiatrie, et dans une politique de formation professionnelle attractive et soutenue, l'ensemble concourant à l'attractivité des carrières proposées par l'association, notamment médicales.

L'offre d'AHB Formation, labellisée OGDPC, est appelée à se développer et est destinée à la fois à des publics internes et externes ; elle participe également à la promotion de l'Association et des compétences de ses équipes.

Enfin, et en lien avec les établissements partenaires, des réflexions pourront être engagés sur la mise en œuvre de démarches partenariales de recrutement médicaux. Un recours à des recrutements médicaux partagés pourrait en effet être organisé afin d'optimiser le fonctionnement de filières de soins spécifiques, et de pallier le déficit d'attractivité.

Un rapprochement avec les facultés de médecine sera par ailleurs engagé afin de promouvoir l'accueil d'internes en psychiatrie à Plouguernével :

- Cette démarche s'inscrit dans les objectifs du Projet Médical Partagé du GHT du Centre Bretagne, qui priorise le soutien d'une politique attractive et durable concernant les ressources médicales sur la filière psychiatrique.
- Le concours de la faculté de médecine et du CHU de Brest est également recherché sur l'objectif d'amélioration de la réponse aux besoins en santé mentale sur le pays COB, dans le cadre du CLS. Les objectifs sont également de favoriser la venue d'internes, soutenus par un poste d'assistant spécialiste partagé avec le CHU, dans le cadre d'un contrat de clinicien.

MEMO

Développer l'attractivité de l'AHB des usagers et du grand public ainsi que auprès des professionnels de santé et des réseaux

- Formaliser et décliner une stratégie de communication auprès des patients, de leurs proches et du grand public.
- Développer et accompagner l'évolution des pratiques médicales et soignantes.
- Consolider les expertises sur des prises en soin spécifiques.
- Promouvoir la formation.
- Développer l'attractivité des carrières au sein de l'AHB, notamment médicales.
- S'inscrire dans des dynamiques de projets innovants et de recherche.
- Consolider nos coopérations avec le GHT Centre Bretagne et avec le CHU de Brest afin de définir et soutenir une politique attractive et durable relative aux ressources médicales.
- Etudier des démarches partenariales de recrutements notamment médicaux.

Objectif n°7
Participer à l'élaboration des politiques de santé et inscrire l'AHB dans leur mise en œuvre

Créées par la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les Agences régionales de santé ont pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Leur champ de compétences étendu concerne la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social.

En ce sens, l'ARS Bretagne dispose de nombreux outils pour mettre en œuvre la politique de santé élaborée en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence. Ces outils ont évolué au cours des dernières années, notamment avec la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016.

Ainsi, l'ARS doit définir au 1er semestre 2018 son Projet Régional de Santé (PRS), outil stratégique unifié de la politique régionale en santé englobant les champs prioritaires de la santé que sont la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires et le médico-social.

Ce projet est défini avec les partenaires des territoires, à différents échelons et par différentes instances. Ainsi, l'AHB est partie prenante de la concertation à travers ses multiples participations aux instances de démocratie sanitaire, et notamment en Conseil Territorial de Santé. En effet, ce dernier s'inscrit dans une volonté de démarche participative et constitue une instance de débat, de concertation et de réflexion partagée associant des professionnels, des institutionnels et des usagers, en proximité et en prenant en compte les spécificités territoriales.

Par ailleurs, la territorialisation des politiques de santé constitue un enjeu fort de notre système actuel et trouve écho aux démarches projets déclinées au plus près des territoires, à travers :

- **Les Contrats Locaux de Santé**

Il s'agit d'un outil de contractualisation entre les collectivités territoriales et l'ARS, pouvant associer d'autres partenaires institutionnels (Préfecture, conseils départementaux, CPAM, CARSAT, …) au profit d'actions ayant pour objectif la réduction des inégalités de santé et la cohérence des politiques à l'échelle locale.

L'AHB a été un partenaire privilégié dans la déclinaison des Contrats Locaux de Santé du Pays Centre Bretagne, du territoire de Pontivy et du Pays Centre Ouest Bretagne, qui impactent nos pratiques et coopérations. Pour ce dernier, il existe en effet des enjeux politiques majeurs sur la couverture en santé mentale du pays COB et l'avenant santé mentale du CLS de deuxième génération devra apporter des réponses concrètes à ces enjeux identifiés. Il conviendra donc de poursuivre notre investissement afin de répondre aux besoins locaux sur ces territoires.

- **Les Projets Départementaux de Santé mentale**

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose dans son article 69 les bases d'une politique territorialisée de santé mentale ayant pour objectif de favoriser des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture. Cette politique prend la forme d'un projet territorial de santé mentale, élaboré sur la base d'un diagnostic partagé, dans le cadre d'une démarche partenariale large associant l'ensemble des

acteurs concernés. Le projet fait l'objet d'un contrat territorial de santé mentale entre le Directeur général de l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre des actions.

Sur les Côtes d'Armor, les coopérations entre les 3 établissements ESPIC de santé mentale sont formalisées dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en santé mentale des Côtes d'Armor, qui constitue la Communauté Psychiatrique du Territoire costarmoricain. Cette dernière contribue avec les autres acteurs concernés (usagers, institutionnels, médico-social, médecine libérale…) à l'élaboration du Projet Départemental de Santé Mentale (PDSM). Cet outil permettra notamment de structurer un plan d'actions concerté et coordonné en réponse aux besoins identifiés sur le département. Par ailleurs, l'AHB s'investira également sur les dynamiques morbihannaises.

- **Les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM)**

Il s'agit d'espaces ou instances de concertation et de coordination entre élus locaux d'un territoire, acteurs de la psychiatrie, usagers et aidants et tous les acteurs locaux concernés par la santé mentale (acteurs sociaux et médicosociaux, bailleurs, éducation, justice, police…). Ils ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions concrètes en faveur de la prévention, de la coordination des réponses aux problématiques des personnes vivant avec un trouble psychique, de leur autonomie et de leur insertion dans la cité.

Le dispositif intègre également une mission de repérage et de gestion des situations complexes.

Un projet de CLSM sera déployé sur le Pays COB sur la durée du projet d'établissement 2018-2022 de l'hôpital de Plouguernével, avec le soutien de l'AHB.

- **Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)**

L'organisation de l'offre de soins hospitalière bretonne est construite depuis juillet 2016 autour de huit Groupements Hospitaliers de Territoire. Le GHT vise à renforcer l'offre de soins hospitalière au service des usagers d'un territoire, dans le cadre d'un projet médical partagé formalisant coopérations entre établissements de santé publics et autres partenaires.. Il doit permettre de proposer dans les territoires une offre de soins graduée et de qualité s'appuyant sur des équipes médicales partagées ; il vise également à renforcer l'efficience du secteur hospitalier.

Ainsi, de par ses partenariats historiques, avec le Centre Hospitalier du Centre Bretagne en particulier, l'AHB est établissement partenaire du GHT du Centre Bretagne. Elle est également partenaire du GHT d'Armor dans le cadre de ses activités de soins et médico-sociales implantées sur ce territoire (CSSRA l'Avancée en particulier).
L'AHB a activement participé à l'élaboration du Projet Médical Partagé (PMP) du GHT, en particulier sur la filière psychiatrie et addictologie, l'offre de soins de l'hôpital de Plouguernével dans les domaines de la gériatrie de la médecine et des soins de suite étant également intégrée au Projet médical Partagé.

Le volet Psychiatrie du projet médical partagé ne se substitue pas aux projets départementaux de santé mentale des Côtes d'Armor et du Morbihan évoqués précédemment. Le projet médical partagé aborde les thématiques identifiées comme prioritaires par le GHT et ses partenaires dans le domaine de la santé mentale et de la prise en charge des addictions. Soit les situations d'urgence et de crise, la liaison entre les soins

psychiatriques et somatiques, ou les complémentarités entre les offres de soins spécialisées en psychiatrie, en gériatrie et en addictologie.
Au regard des enjeux prioritaires identifiés dans le diagnostic préalable à l'élaboration du PRS 2018-2022, les principaux enjeux repérés sur le territoire de santé sur la filière psychiatrie et addictologie sont les suivants :

- Soutenir une politique attractive et durable concernant les ressources médicales sur la filière psychiatrique,
- Améliorer a réponse aux situations aigües, compléter la filière en direction des personnes âgées, et améliorer l'accès aux soins croisés somatiques et psychiatriques ;
- Renforcer la prévention en santé mentale, notamment sur le suicide.

Un plan d'action est formalisé dans le cadre de cette filière et recouvre des objectifs dans les domaines suivants :

- Démographie médicale,
- Soins psychiatriques en situation aigüe sur le site MCO (Urgences, UHCD, UMP),
- Accès aux soins somatiques en psychiatrie,
- Accès aux soins psychiatriques sur l'ensemble du territoire de santé,
- Réponse en santé mentale à destination des enfants et adolescents,
- Réponse aux enjeux du vieillissement de la population,
- Prise en charge des suicidants,
- Développement de l'offre en addictologie en complémentarité,
- Stratégie de gouvernance médicale territoriale.

La mise en œuvre de ce plan d'action s'appuiera sur les travaux des services médicaux du CHCB et de l'AHB intervenant de manière coordonnée sur les parcours patients au sein des différentes filières : par exemple psychiatrie générale et urgences, pédo-psychiatrie et pédiatrie, géronto-psychiatrie et services gériatriques du CHCB, addictologie.

Il sera également nécessaire de veiller à ce que le partenariat entre l'établissement support du GHT et l'AHB soit mis en œuvre dans le cadre d'un équilibre global.

Ainsi, en tant qu'acteur participant au service hospitalier et plus largement au système de santé, il est primordial que notre établissement définisse ses missions en réponse aux objectifs déterminés par les politiques de santé et les autorités publiques. Notre action s'inscrit en effet dans un système structuré et complexe, dont nous devons intégrer les enjeux afin de pouvoir adapter nos organisations.

Il s'agit donc de poursuivre notre participation aux différentes instances de démocratie sanitaire et aux démarches projets, régionales avec l'élaboration du Projet régional de santé, ou locales, à travers l'élaboration et la mise en œuvre des Contrats Locaux de Santé présents sur le territoire.

Notre stratégie devra également s'inscrire et faire écho aux outils et dynamiques existantes, avec la mise en œuvre des Projets Médicaux Partagés (PMP) du GHT d'Armor et du Centre Bretagne, ou des Projets Départementaux de Santé mentale (PDSM) des Côtes d'Armor et du Morbihan.

MEMO

Participer à l'élaboration des politiques de santé et inscrire l'AHB dans leur mise en œuvre

- S'inscrire dans les orientations du Projet Régional de Santé (PRS) et participer aux instances de démocratie sanitaire.
- Contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre des Projets Départementaux en Santé Mentale (PDSM) 22 et 56.
- Participer à la gouvernance médicale et à la mise en œuvre des Projets Médicaux Partagés (PMP) des Groupements Hospitaliers de territoire (GHT) d'Armor et du Centre Bretagne.
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des Contrats Locaux de Santé (CLS) du territoire.

VI. Chantiers transversaux

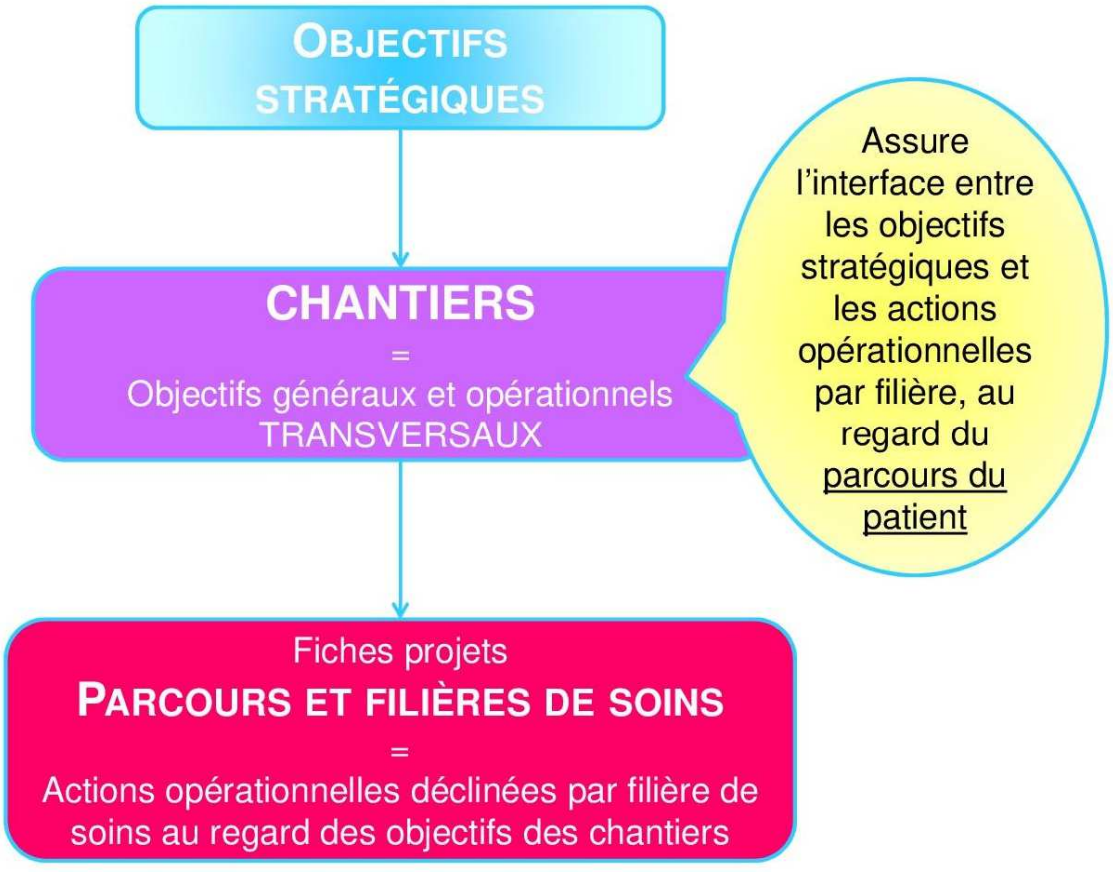
A partir des objectifs stratégiques du projet médical et de soins, il est proposé une grille de lecture construite à partir du parcours du patient et commune à l'ensemble des secteurs de :

- Psychiatrie générale adultes dont la géronto-psychiatrie,
- Psychiatrie infanto-juvénile,
- Addictologie,
- Unité pour Malades Difficiles,
- Service de Médecine et Soins de Suite (SMSS).

Ainsi, 5 chantiers ont été identifiés, répondant chacun à un ou plusieurs objectifs stratégiques. Ces chantiers seront à déployer sur la durée du projet d'établissement, comprenant des objectifs généraux et opérationnels.

Ces objectifs sont repris par chaque filière de soins afin de définir des actions permettant d'y répondre et ainsi de constituer une feuille de route.

Ces feuilles de route constitueront la déclinaison du projet médical et de soins sur chaque filière et seront complétées en annexe, par les projets propres des fonctions supports.



CHANTIER N°1 : PRESERVER ET AMELIORER L'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF OPERATIONNEL
Renforcer la prévention dans nos actions au quotidien	Agir sur les facteurs de risque (risque suicidaire, conduites addictives, …)
	Informer et former les professionnels en interne et extérieurs à l'AHB
	Soutenir et participer aux réseaux de prévention
	Structurer des outils de prévention
Renforcer le rôle des dispositifs d'accueil et d'orientation	Optimiser l'efficience des dispositifs d'accueil et améliorer les délais des réponses
	Organiser la réponse aux situations non programmées et identifier les situations inadéquates
	Adapter l'organisation aux évolutions (horaires d'ouverture, …)
Assurer une réponse adaptée au regard des besoins et du degré d'urgence	Dimensionner les dispositifs aux besoins de la population et optimiser les ressources
	Développer la logique d' « aller-vers » et développer les activités de liaison
	Assurer l'accessibilité de l'ensemble des services pour tous les publics (publics fragiles, personnes âgées, en situation de handicap, …) sur l'ensemble du territoire d'intervention

CHANTIER N°2 : AMELIORER ET PERSONNALISER LES PRISES EN SOINS EN FAVORISANT L'AUTONOMIE DU PATIENT

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 4

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF OPERATIONNEL
Organiser des prises en soin personnalisées et modulaires qui favorisent l'autonomie du patient	Harmoniser l'élaboration des projets personnalisés d'accompagnement
	Intégrer le projet de soins somatiques au projet global
	Développer l'éducation à la santé et les actions d'Education Thérapeutique du Patient
	Diversifier les prises en charge et expérimenter de nouvelles pratiques médicales et soignantes
	Organiser la place des familles et des proches et les associer dans les prises en soin
Adapter et réviser les missions des différents dispositifs en faveur de l'autonomie du patient et de la continuité de son parcours	Etudier l'évolution de nos organisations pour améliorer l'articulation entre les différents dispositifs et la fluidité des parcours (organisation regroupée pour les structures ambulatoires, intersectorialité…)
	Proposer une offre de soins adaptée aux besoins de chaque patient et aux ressources disponibles
	Intégrer les nouvelles technologies à nos pratiques (télémédecine, systèmes d'information, …)
	Accompagner l'évolution des pratiques sur des compétences particulières
	Refonder les projets de certains dispositifs (CATTP, Accueil Familial Thérapeutique, …) et renforcer leur positionnement dans la palette d'accompagnement
Répondre aux besoins et situations spécifiques	Renforcer nos capacités de réponse et organiser de nouvelles modalités de soins aux publics spécifiques
	Organiser le recours aux dispositifs externes (gestion des situations complexes, dispositifs dédiés, structures de coordination …)

CHANTIER N°3 : PREVENIR LES RUPTURES DANS LE PARCOURS DE SOIN (A LA SORTIE, RISQUES DE RECHUTE)

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 3, 5

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF OPERATIONNEL
Améliorer l'organisation des sorties pour les patients pris en soin	Améliorer et formaliser les conditions de sortie des dispositifs des patients suivis
	Identifier les situations à risque de rupture
	Renforcer l'étayage à domicile et le recours aux dispositifs alternatifs
Prévenir et repérer les situations de crise	Organiser nos réponses afin d'organiser un repérage précoce et d'anticiper les situations de crise
Fluidifier les parcours des patients en optimisant le passage de relais	Faciliter les démarches d'orientation vers les structures et dispositifs extérieurs
	Renforcer la coordination avec les partenaires extérieurs (médico-social, insertion, logement, accès à la vie sociale)

CHANTIER N°4 : DEVELOPPER ET FORMALISER LES COOPERATIONS SUR LE TERRITOIRE AFIN D'AMELIORER ET DECLOISONNER LES PRISES EN SOIN ET D'AMELIORER L'INTERCONNAISSANCE ENTRE LES ACTEURS

Références aux objectifs stratégiques n°5, 6, 7

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF OPERATIONNEL
Renforcer les coopérations et l'interconnaissance avec le secteur libéral	Organiser un appui spécialisé facilité pour les médecins libéraux
	Mettre en œuvre de modalités de soins partagés et de transmission d'information autour du patient
Formaliser l'organisation des filières et de la gradation des soins dans le cadre des coopérations sanitaires (GCS, GHT)	Mettre en œuvre le Projet médical partagé du GHT de Centre Bretagne
	Développer et consolider les réflexions dans le cadre des coopérations existantes (du Groupement de Coopération Sanitaire Santé mentale des Côtes d'Armor, CH de Carhaix, Morlaix, …)
	Formaliser et mettre en œuvre les Projets Départementaux de Santé Mentale du Morbihan et des Côtes d'Armor
Renforcer les coopérations avec les acteurs du territoire, notamment sur le champ social et médico-social	Poursuivre le processus de contractualisation formalisé avec les établissements et services médicosociaux accueillant des personnes en situation de handicap psychique
	Renforcer la mission d'appui spécialisé de l'AHB sur les différents secteurs
	Structurer une réponse aux publics spécifiques, en lien avec les partenaires identifiés (ADALEA, AMISEP, …)
	S'inscrire dans les dispositifs de coordination et d'intégration des acteurs (CLSM, MDA, …)
Optimiser nos processus de travail et poursuivre la communication sur l'ensemble de l'offre de l'AHB	Structurer notre stratégie de communication
	Organiser la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des conventions de partenariat

CHANTIER TRANSVERSAL N°5 : RENFORCER ET ORGANISER LA PLACE DES USAGERS ET DES PROCHES

↳ *Références aux objectifs stratégiques n°1, 6*

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIF OPERATIONNEL
Promouvoir et renforcer le droit des usagers	**Formaliser une politique relative aux droits des usagers et des associations de patients, en coordination avec les différents acteurs internes / externes** • Structurer le service des relations avec les usagers • Promouvoir une dynamique de formation et sensibilisation des personnels aux droits des patients
	Formaliser le projet des usagers et des familles

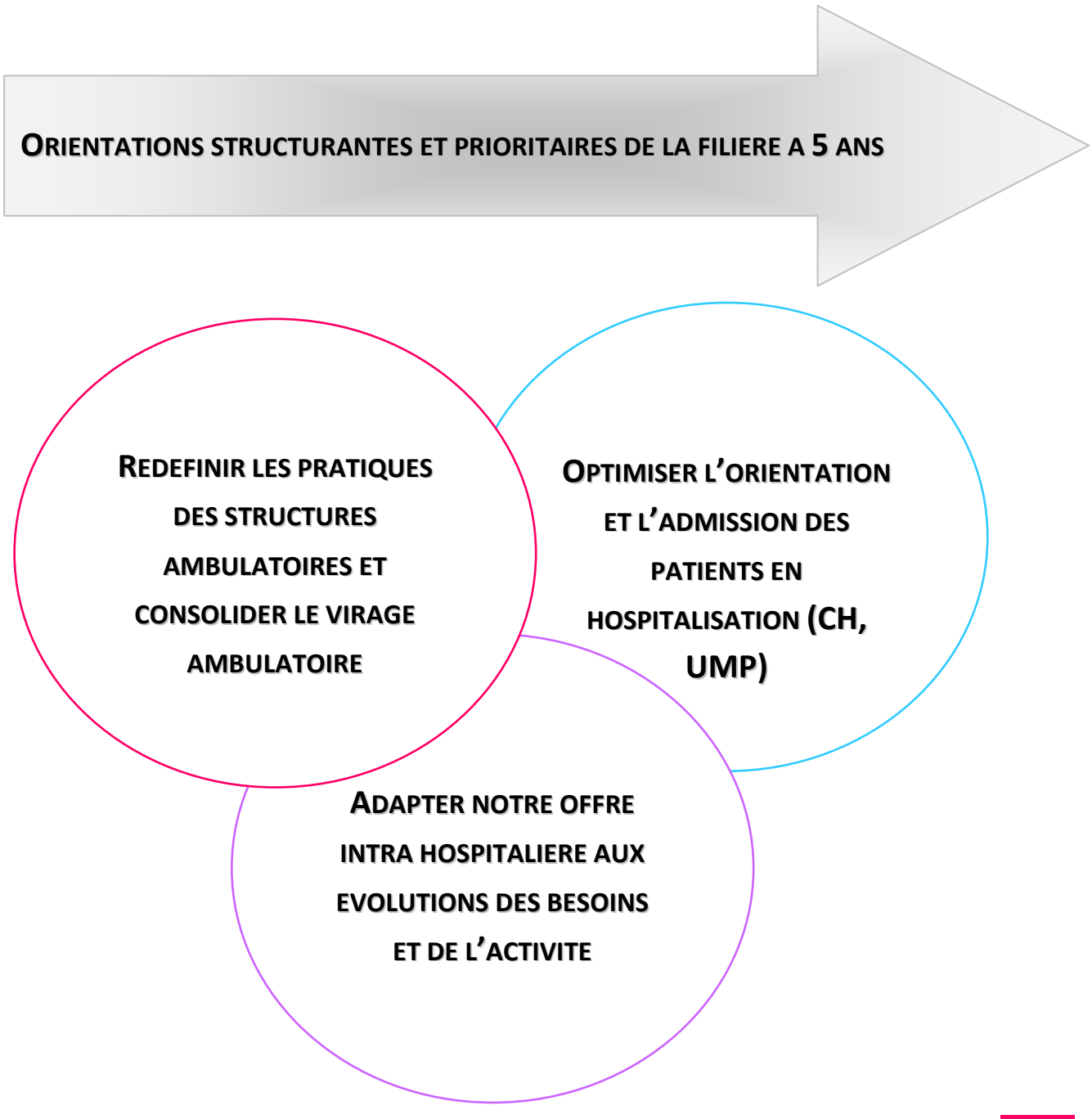
VII. Parcours et filières de soins

Filière Psychiatrie générale adultes

Les évolutions de l'offre de soins de la filière Psychiatrie générale adultes impliquent des enjeux orientés vers :

- Le renforcement de nos capacités d'intervention en ambulatoire,
- Une évolution de la gradation de l'offre de soins en hospitalisation complète, comprenant une réduction des capacités d'hospitalisation complète et des redéploiements vers l'ambulatoire.
- L'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins, dans le respect des droits et de l'autonomie du patient.

A ce titre, et en amont de la déclinaison des objectifs de la filière par chantier, il convient de situer les **orientations structurantes à 5 ans**, qui ont vocation à impacter significativement nos organisations.



REDEFINIR LES PRATIQUES DES STRUCTURES AMBULATOIRES ET CONSOLIDER LE VIRAGE AMBULATOIRE

En vue de **renforcer nos capacités d'intervention en ambulatoire**, il s'agira de définir des principes d'organisation cibles sur les CMP et HJ adaptés au dimensionnement des besoins, afin de répondre aux objectifs suivants :

- Améliorer la qualité des soins : diagnostic, accueil précoce, prévention, nouvelles pratiques, temps forts thérapeutiques…
- Assurer une permanence des réponses en fonction des publics accueillis et du degré d'urgence
- Mieux intégrer les liens et relais sur le secteur (1er recours, autres établissements de santé, liaison, élus…)

Ainsi, il conviendra de proposer une palette de soins graduée et disposant de moyens afin de répondre aux situations urgentes et non programmées, articulée autour des priorités identifiées :

- Un renforcement du diagnostic et de l'accueil précoces,
- La prévention des hospitalisations,
- Un renforcement de l'accompagnement thérapeutique, au-delà du maintien du lien social et du principe occupationnel.
- Une politique de soins et d'accompagnement qui favorise l'autonomie du patient.

1. Définir un schéma cible d'organisation regroupée entre CMP / Hôpitaux de jours

Les CMP et les hôpitaux de jours apportent des soins aux patients, souffrant de troubles psychiques et psychiatriques, en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire en capacité d'adapter sa réponse aux situations rencontrées. Ainsi, ils proposent des actions de prévention, d'accueil, d'écoute, de soins, d'éducation à la santé, de réhabilitation et de réinsertion dans des parcours de soins individualisés en réponse aux besoins des usagers.

Afin de prévenir les hospitalisations et ruptures de parcours, ces deux dispositifs et le CATTP devront afficher une organisation indiquant les synergies établies entre elles pour proposer des programmes de soins adaptés pour chaque patient :

- Sur la base d'une évaluation des besoins des patients,
- En proposant des soins gradués en fonction des besoins : consultations uniquement (psychiatre, psychologue, infirmier), activités ponctuelles et spécifiques (groupes thérapeutiques) et des soins sur des durées plus longues (mais définie) en hôpital de jour.

Les thèmes à développer comprennent l'accueil physique et téléphonique, l'accueil soignant en continu (Infirmier d'Accueil et d'Orientation - IAO), l'organisation pluridisciplinaire de régulation (validation médicale des projets de soins) et de suivi (réunions cliniques), la réévaluation des projets de soins pour identifier les fins de prise en charge, la gradation de l'offre (CMP, antenne), l'adaptation des moyens…

2. Organiser la réponse aux situations non programmées

○ Créer une fonction IAO en CMP

Les CMP doivent être repérés par les usagers et nos différents interlocuteurs comme des lieux de soins de première réponse assurant des missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation. Ainsi, en réponse au besoin d'adaptation de nos dispositifs ambulatoires, il est nécessaire de mettre en place un temps d'accueil soignant continu dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) par le positionnement d'un poste d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO).

Cette organisation permettra d'accueillir immédiatement toute personne qui se présentera sans rendez-vous en demande de soins, de faciliter l'accueil des familles et d'apporter une réponse (évaluation du degré d'urgence, évaluation des troubles psychiques, orientation, proposition de RDV…).

○ Mettre en place de créneaux de rendez-vous semis-urgents

L'UMP, positionnée au sein des urgences du CHCB pour apporter une réponse spécialisée à toute demande psychiatrique, doit disposer de la possibilité d'orienter certaines situations vers une consultation en CMP dans des délais rapides, afin de prévenir des hospitalisations. Il en est de même pour la réponse aux orientations des médecins de ville pour des patients qui nécessitent un avis spécialisé semi-urgent.

Ainsi, la mise en place de créneaux de consultations médicales dans la semaine qui suit ces demandes permettra d'apporter une réponse de nature à éviter l'hospitalisation de ces patients. Il s'agira également d'apporter un retour des orientations proposées pour les patients orientés par des professionnels libéraux ou partenaires.

○ Organiser des admissions non programmées en hôpital de jour via une orientation par les dispositifs d'entrée (CMP, UMP, …), pour des profils patients identifiés

Les hôpitaux de jour assurent des soins polyvalents individualisés et intensifs à temps partiel prodigués sur une journée ; ils doivent réaffirmer leur visée de soins renforcés afin de recentrer leurs activités sur l'alternative à l'hospitalisation. En effet, les prises en charge en hôpital de jour (en première intention ou non) sont réalisées dans le cadre d'un projet personnalisé déterminant des objectifs et des modalités d'accompagnement et de surcroît, des durées de prise en soin programmées et réévaluées. Le parcours classique d'admission, basé sur une orientation médicale, un état de santé stabilisé et une évaluation pluri professionnelle ne permet pas l'intégration rapide et temporaire d'un patient connu qui aurait besoin en alternative à l'hospitalisation d'un temps d'accompagnement socio-thérapeutique soutenu. Les modalités d'accueil et d'admission devront intégrer ces situations particulières.

En lien avec les éléments développés précédemment, les réponses apportées par les dispositifs ambulatoires (CMP et Hôpitaux de jour) aux demandes urgentes et non programmées devront donc comprendre :

- Un dispositif d'accueil et d'orientation pour répondre aux situations se présentant (évaluation du degré d'urgence, des troubles psychiques, proposition d'orientation et de RDV),
- Une disponibilité médicale accrue (créneaux de RDV médicaux semi urgents, réponse aux situations repérées par l'IAO) à mettre en œuvre dans le cadre des redéploiements vers l'ambulatoire,
- Un accueil à la journée sous forme renforcée à l'hôpital de jour, en particulier pour les patients connus en cours de décompensation.

Une majorité de patients des urgences du Centre Hospitalier du Centre Bretagne et des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Brest-Carhaix sont orientés sur le Centre hospitalier de Plouguernevel sans avis et sans accord d'un médecin psychiatre et, de fait, sans recherche de solution alternative. Pour garantir la pertinence des hospitalisations, un schéma cible idéal indiquerait une mise en relation entre le médecin du service des urgences ou les infirmières de l'UMP et un médecin psychiatre de l'établissement.

OPTIMISER L'ORIENTATION ET L'ADMISSION DES PATIENTS EN HOSPITALISATION (CH, UMP)

1. Formaliser les organisations et pratiques aux urgences sur la prise en charge psychiatrique : protocoles d'admission des urgences en psychiatrie, développer les avis psychiatriques

Cet objectif interroge le périmètre et l'organisation de la couverture psychiatrique des urgences du CHCB.

Le PMP du GHT Centre Bretagne retient l'objectif (objectif N°2 de la filière psychiatrie addictologie) de renforcer et d'optimiser les soins psychiatriques en situation aigue sur le site MCO, et notamment de formaliser les organisations et les pratiques aux urgences sur la prise en charge psychiatrique. Il s'agit notamment de poursuivre la formalisation des protocoles d'admission des patients des urgences en psychiatrie : critères d'hospitalisation, avis psychiatrique (UMP), orientations vers l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou la psychiatrie, mais également d'optimiser le temps de l'évaluation somatique.

Cette action concerne à la fois les urgences, l'UHCD, l'UMP et les unités d'entrée de psychiatrie et vise à la fois à mieux réguler les orientations en psychiatrie, à améliorer la pertinence des hospitalisations, à éviter les pratiques à risque et à encadrer l'évaluation somatique. Des protocoles viendront harmoniser les modes de prise en charge.

2. Formaliser des pratiques communes avec les autres établissements et professionnels partenaires (site de Carhaix du CHU, professionnels libéraux, …)

Cette orientation s'appliquera en particulier au CH des Pays de Morlaix, dans le cadre du plan d'action attaché à la convention de coopération avec l'AHB pour améliorer la couverture psychiatrique du site hospitalier de Carhaix. Ainsi, il conviendra d'harmoniser les pratiques de manière concrète et de développer la communication entre acteurs de la filière santé mentale.

ADAPTER NOTRE OFFRE INTRA HOSPITALIERE AUX EVOLUTIONS DES BESOINS ET DE L'ACTIVITE

1. Adapter les modalités d'hospitalisation à temps complet

Sur la base des orientations citées précédemment, il s'agira de conduire une étude sur les perspectives de dimensionnement des moyens en deux temps :

- Sur la base des capacités intra-hospitalières actuelles
- En intégrant des redéploiements suite à la diminution de capacités intra-hospitalières.

En effet, le décentrage d'une partie plus importante de l'activité sur l'ambulatoire engage une réduction du recours à l'offre d'hospitalisation à temps plein et une évolution des pratiques en hospitalisation. Cette démarche suppose une remise en cause de certaines habitudes de fonctionnement, une adaptation des structures, des organisations et des moyens, ainsi qu'une identification des besoins en formation.

La réduction de la part de l'hospitalisation à temps plein dans l'offre de soins engage une diminution des durées moyennes de séjours qui pourra être obtenue avec des évolutions dans les pratiques suivant les orientations suivantes :

- Structuration de l'hospitalisation autour d'un projet personnalisé de soins et de vie en continuité avec les soins ambulatoires,
- Accompagnement et coordination des parcours pour les cas complexes,
- Recours à des outils de réhabilitation et de réinsertion dès l'entrée du patient, afin de réduire la part des séjours de durée longue,
- Relai vers l'ambulatoire dès que possible,
- Mobilisation d'outils permettant l'accès au logement (appartements passerelles…).

Sur ces bases, les données d'activité actuelles amènent à ajuster la capacité intra hospitalière à 150 lits pour 2018, en lien notamment avec l'actualisation du projet de l'unité PISSARRO et la fermeture de 7 lits (suppression des chambres doubles).

La définition des capacités cibles sur la durée du projet d'établissement, visant la réduction des capacités intra hospitalières engagera :

- Un objectif d'optimisation des organisations intersectorielles permettant d'assurer une fluidité entre les unités du Centre Hospitalier (intra et extra hospitalières)
- un redéploiement de moyens sur l'ambulatoire afin d'assurer un développement de l'activité ambulatoire.

2. Etudier les perspectives d'évolution de l'offre de l'Unité de Géronto-Psychiatrie

Il s'agira de concevoir l'évolution de l'UIGP en réponse à des besoins mixtes, relatifs à l'accueil de deux types de publics : Les personnes avec pathologie psychiatrique vieillissantes et les personnes avec maladies neurodégénératives présentant des troubles du comportement.

A ce titre, il conviendra de moduler notre réponse selon différents types d'intervention : accueil des patients nécessitant des soins soutenus (en hébergement temps complet), appui spécialisé aux structures partenaires, réponse aux besoins des personnes vivant au domicile, diversification de l'offre et création, dans le cadre du projet médical du GHT Centre Bretagne, de nouveaux dispositifs du PMND qui n'existent pas sur le territoire (UHR, UCC).

3. Développer l'attractivité de l'AHB auprès des professionnels de santé

Comme indiqué dans l'objectif stratégique N°6, en lien avec les difficultés persistantes depuis plusieurs années sur la démographie médicale, il est nécessaire de mener une réflexion importante sur la couverture des postes médicaux, en lien avec l'attractivité des carrières et de l'AHB.

Les axes de travail suivants sont à intégrer à cette réflexion :

- Concernant l'accueil des internes, procéder à une analyse des attentes des étudiants, formaliser des projets pédagogiques structurés et ambitieux, et promouvoir les équipes médicales de l'AHB auprès des facultés. La proposition de bourses pour les internes et de contrats de préembauche est à étudier. Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration.
- Veiller à la qualité des postes proposés, mettre en œuvre un suivi longitudinal des praticiens.
- Mettre en œuvre des démarches partenariales de recrutements médicaux : des recrutements médicaux partagés peuvent être envisagés afin d'optimiser le fonctionnement de filières de soins spécifiques, et de pallier le déficit d'attractivité.
- Mettre en œuvre une politique de formation attractive et soutenue.
- Identifier les pratiques médicales pertinentes à développer au sein de l'AHB, permettre l'accès à des plateaux techniques spécialisés.
- En terme de management des équipes médicales, affirmer la prééminence des services de soins comme cadre de travail et d'organisation des activités médicales, et développer le sentiment d'appartenance à ces unités soignantes. Il est rappelé le contexte d'un exercice médical multisite comprenant des temps sur les différentes unités des secteurs.
- Optimiser les organisations intersectorielles, afin d'assurer une fluidité entre les unités du Centre Hospitalier (intra et extra hospitalières).
- Améliorer le fonctionnement des secrétariats médicaux en utilisant les fonctionnalités du Dossier Patient Informatisé dont la mise en œuvre est planifiée sur la durée du projet.
- Encourager la participation à la gouvernance médicale institutionnelle.
- Favoriser la participation des médecins à des programmes de recherche dans le cadre de groupement régionaux et soutenir leurs projets de publications.
- Les évolutions des conditions de l'exercice médical (judiciarisation de la psychiatrie, forte demande imposant une programmation des soins) engagent à une vigilance dans les organisations au quotidien (permanence des soins, couverture des unités), afin de préserver la qualité de vie au travail des praticiens.

De surcroît, en dehors des équipes médicales, il sera également nécessaire de mener une politique volontariste d'accompagnement au changement visant l'acculturation des équipes actuelles aux pratiques ambulatoires.

1. Préserver et améliorer l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2

Orientations retenues :

- **Renforcer la prévention dans nos actions au quotidien**
- **Renforcer le rôle des dispositifs de première intention (CMP, UMP) sur les missions d'accueil et d'orientation**
- **Assurer une réponse adaptée au regard des besoins et du degré d'urgence**

Renforcer la prévention dans nos actions au quotidien

OBJECTIF	ACTIONS
Agir sur les facteurs de risque	**Informer et former les professionnels en interne et extérieurs à l'AHB sur la prévention et la prise en charge :** ▪ du risque suicidaire ▪ des conduites addictives …
	Soutenir et participer aux réseaux de prévention (collectifs MISACO, …)
	Structurer et formaliser des outils de prévention - Prévention primaire : éducation à la santé, information sur l'hygiène de vie, renforcement de la guidance, - Prévention secondaire : repérage précoce des troubles, en s'appuyant sur le réseau des partenaires, - Prévention tertiaire : limiter les répercussions sociales des troubles psychiques.

➲ Renforcer le rôle des dispositifs de première intention (CMP, UMP) sur les missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation

❖ EN AMBULATOIRE

OBJECTIF	ACTIONS
Améliorer l'efficience et les délais de réponse	**Créer une fonction IAO dans les CMP** • Définir le profil cette fonction (profil, compétences, temps d'intervention, …) • Inscrire la fonction IAO dans l'organisation des CMP • Former les professionnels concernés
Organiser la réponse aux situations non programmées	**Mise en place de créneaux de rendez-vous semi-urgents** • Généraliser ces pratiques sur l'ensemble de sites ambulatoires (CMP) • Conduire une étude sur les situations rencontrées (profils patients, volume, origine et motifs des demandes, …) • Définir les préalables en termes d'organisation pour garantir l'efficience de cette modalité (effectif, temps médical, circuit de réponse, …)
	Organiser la possibilité d'entrées non programmées en hôpital de jour via une orientation par les dispositifs d'entrée (CMP, UMP, …) • Définir les pré-requis à la mise en place de ces modalités (effectifs, profils patients, situations concernées …) • Evaluer la procédure d'admission en cours et l'adapter aux évolutions en formalisant un nouveau processus d'admission • Expérimenter sur un site • Evaluer et généraliser la pratique au regard des retours d'expériences • Communiquer auprès des partenaires

❖ EN INTRA-HOSPITALIER

OBJECTIF	ACTIONS
Optimiser l'efficience du dispositif d'accueil et d'orientation (UMP et intra)	• Formaliser un schéma cible du circuit d'admission s'appuyant sur la recherche d'un avis psychiatrique en amont des hospitalisations **Avec le CHCB :** • Renforcer et optimiser les soins psychiatriques en situation aigüe sur le site MCO : urgences, UMP, UHCD o Formaliser des protocoles d'admission des patients des urgences en psychiatrie, rôle de l'UMP, de l'UHCD o Mener des actions de prévention en santé mentale implication du GHTCB sur un plan de promotion de santé mentale o Envisager des EPP conjointes • Optimiser les orientations à partir des urgences vers l'ambulatoire ou hospitalisation partielle o Définir des critères d'orientation formalisés dans le cadre de protocoles partagés **Avec les établissements voisins (CHPM, …) :** • Développer l'offre de soins et la réactivité face à l'urgence de certaines situations, dans le respect de la sectorisation psychiatrique
Optimiser l'exploitation des capacités d'hospitalisation et limiter les situations inadéquates	• Mener une réflexion sur la mise en place d'un dispositif de régulation • Réviser l'organisation de la permanence des soins médicale (psychiatres et généralistes) • Organiser une démarche d'analyse des situations repérées comme inadéquates et recherche de solutions
Mener une réflexion sur l'optimisation des capacités d'hospitalisation de l'UPA implantée sur le CHCB	• Conduire une réflexion sur la mise en place d'une unité d'hospitalisation de courte durée à l'UPA ayant pour objectif l'accueil, l'évaluation et l'orientation des patients, selon des critères à définir

➲ Assurer une réponse accessible et adaptée aux besoins de la population

OBJECTIF	ACTIONS
Assurer l'accessibilité de l'ensemble des services pour tous les publics sur l'ensemble du territoire d'intervention	Améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap en prenant en compte la déficience auditive, visuelle, motrice, mentale et psychique au travers de : • Un investissement sur les bâtiments et dispositifs particuliers • Une réflexion sur les attitudes et les comportements des professionnels par des actions de sensibilisation et de formation • Un appui sur la Charte Romain Jacob favorisant l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap pour la mise en œuvre d'un plan d'actions
Structurer les CMP et renforcer la logique d' « aller-vers » pour les publics spécifiques	• Renforcer les CMP sur leurs missions en gérontopsychiatrie au domicile et en consultation • Adapter les moyens des CMP aux évolutions d'activité
Préciser l'organisation des activités de psychiatrie de liaison vers nos partenaires	• Renforcer nos missions d'appui envers les EHPAD à travers l'équipe mobile de gérontopsychiatrie • Préciser l'organisation des activités de psychiatrie de liaison en réponse aux besoins des personnes en situation de handicap accompagnées par les établissements médico-sociaux • Poursuivre et développer les actions de coopération en réponse aux besoins de publics spécifiques (ADALEA, AMISEP, CADA …) • Organiser notre réponse aux besoins des professionnels de premier recours (Maisons et Pôles de santé, …) • Adapter les moyens aux évolutions d'activité

2. Améliorer et personnaliser les prises en soins en favorisant l'autonomie du patient

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 4

Orientations retenues :

- Organiser des prises en soin personnalisées et modulaires qui favorisent l'autonomie du patient
- Adapter et réviser l'organisation et les missions des différents dispositifs en faveur de l'autonomie du patient, de la fluidité des parcours et de la qualité des soins
- Consolider un accompagnement et des prises en soins spécifiques

Ce chantier poursuit l'objectif de structurer nos prises en soins autour du patient, en favorisant la notion d'empowerment (le patient acteur de ses soins), dans une logique d'amélioration continue visant la qualité, la sécurité et la pertinence des soins. A ce titre, il conviendra d'améliorer la pertinence de l'évaluation initiale, de renforcer la prise en compte de toutes les dimensions du soin, y compris somatique et d'organiser nos processus intégrant le patient en tant qu'acteur. En effet, La mise en place d'un projet personnalisé vise à favoriser l'implication du patient dans sa prise en soin et à prendre en compte l'ensemble de son parcours de soins et son environnement.

La construction du projet personnalisé doit être adaptable aux pratiques soignantes et aux missions des différentes unités de soins, en maintenant une base commune qui permet de tracer des objectifs de soins et des évaluations impliquant le patient.

Organiser des prises en soin personnalisées et modulaires qui favorisent l'autonomie du patient

OBJECTIF	ACTIONS
Harmoniser l'élaboration des projets personnalisés d'accompagnement	La mise en place du projet personnalisé vise à renforcer l'implication du patient dans sa prise en soins et à prendre en compte l'ensemble de son parcours et de son environnement. Ainsi, son élaboration doit conduire à une proposition d'offre de soins graduée en fonction de ses besoins et de ses ressources. • Améliorer l'évaluation initiale en optimisant le recueil des données initiales et en renforçant l'implication du patient • Constituer un socle commun du projet personnalisé qui permet de tracer des objectifs de soins et des évaluations impliquant le patient • Systématiser l'intégration des objectifs, de la durée et des modalités de prise en charge ainsi qu'un processus de réévaluation des besoins • Diffuser l'outil et l'adapter aux pratiques soignantes et aux missions des différentes unités de soins à partir du socle commun • Intégrer le dossier personnalisé modulable au dossier patient informatisé
Intégrer le projet de soins somatiques au	Afin d'apporter une réponse thérapeutique globale et de qualité, la dimension somatique des prises en soins devra être renforcée sur les périodes d'hospitalisation et en ambulatoire :

projet global	• Proposer des modalités d'évaluation et de dépistage des personnes à risque,
	• Mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé,
	• Coordonner les parcours, et notamment sur développement des coopérations entre psychiatres et médecins somaticiens, entre services de psychiatrie et médecine de ville, amélioration de l'accès aux soins de spécialités
	• Améliorer l'accès aux soins somatiques en psychiatrie dans le cadre du PMP
	  ○ Définir les besoins de soins somatiques (type MCO) des patients de psychiatrie et organiser leur couverture, cardiologie et neurologie, dans le parcours en santé mentale
	  ○ Définir les procédures d'accès et d'orientation et modalités d'intervention (site de Plouguernével)
	  ○ Convenir des conditions d'accès aux plateaux techniques du CHCB en réservant des plages horaires dédiées

Développer l'éducation à la santé et les actions d'Education Thérapeutique du Patient	Il s'agira de structurer et formaliser une stratégie médicale et soignante relative aux actions à mener d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. • Poursuivre les actions d'éducation à la santé menées par les médecins, les pharmaciens et les Infirmiers notamment sur la gestion du traitement médicamenteux • Renforcer l'orientation des patients vers des programmes d'ETP autorisés d'établissements partenaires • Mener une réflexion sur la poursuite du programme d'ETP autorisé sur la dépression
Diversifier les prises en charge, expérimenter de nouvelles pratiques	La diminution des durées de séjours en hospitalisation au profit de prises en soins modulaires en ambulatoire nécessite un élargissement des pratiques pour garantir une prise en soins appropriée et de qualité. • Identifier les pratiques médicales et soignantes pertinentes à développer au sein de l'AHB (réhabilitation psychosociale, pratiques de remédiation cognitive, thérapie cognitive et comportementale, pratiques psycho-corporelles, …) • Consolider l'accès aux dispositifs de Stimulation Magnétique Transcrânienne répétée (rTMS) et d'ECT pour les patients de l'AHB et des établissements de santé du territoire • Identifier et prioriser les besoins d'évolution des pratiques par type de dispositif (intra/extra, en ambulatoire, …) et accompagner le développement de compétences des professionnels (plans de formation, acquisition d'outils, …)
Organiser la place des familles et des proches et les associer dans les prises en soin	L'évolution des pratiques vers le renforcement des prises en soins en ambulatoire amène les patients à passer de plus en plus de temps avec leur environnement personnel (famille, proches). Cette présence conduit à • Clarifier le niveau d'implication complexe et multiple des familles dans la prévention, le soin et la réinsertion sociale pour la mise en place d'une alliance au service de la personne en soins, • Engager des actions en faveur d'un accueil, d'une écoute et d'une information sur la maladie, • Mener un partenariat étroit avec les associations de famille présentes sur le territoire, et associée à la gouvernance de l'établissement (UNAFAM principalement) • Formaliser ces démarches dans le projet des usagers

➲ Adapter et réviser l'organisation et les missions des différents dispositifs en faveur de l'autonomie du patient et de la fluidité des parcours

OBJECTIF	ACTIONS
Formaliser une organisation regroupée entre CMP / Hôpitaux de jours	• Formaliser une réflexion collective pour définir un schéma cible d'organisation • Etudier et planifier les programmes de travaux nécessaires • Formaliser un projet articulé autour d'une palette de services (HJ, CMP, CATTP, …) sur chaque site regroupé
Refonder les projets de certains dispositifs et renforcer leur positionnement dans la palette d'accompagnement	Apparaissant figée au regard des attendus, l'organisation des CATTP est à redynamiser autour d'objectifs et d'actions de soutien et de thérapeutique de groupe visant à maintenir ou favoriser, une existence autonome. • Diversifier et structurer les activités proposées, au regard des objectifs définis dans les projets de soins • Intégrer le CATTP dans les modalités d'accompagnement proposées par l'hôpital de jour • Adapter les organisations actuelles aux besoins et objectifs fixés (affectation et effectif dédié, plages horaires, …)
	Afin d'améliorer et de renforcer l'intégration de l'Accueil Familial Thérapeutique au sein des dispositifs AHB, il convient de professionnaliser cet accompagnement visant à promouvoir la réadaptation et l'acquisition d'autonomie : • Poursuivre et formaliser des temps d'information systématiques sur les maladies psychiques et d'échange sur des situations concrètes auprès des accueillants • Conduire une réflexion sur la possibilité d'élargissement des soins ambulatoires au bénéfice des patients accueillis, notamment en remédiation cognitive pour accompagner leur inclusion sociale
Optimiser l'organisation intersectorielle et favoriser le passage de relais	• Garantir le bon fonctionnement des interfaces et adapter des procédures communes entre les différentes unités, d'après des parcours-type • Favoriser l'harmonisation et les échanges de pratiques
Etudier les conditions préalables à l'adaptation des modalités d'hospitalisation à temps complet aux besoins et aux ressources	Le décentrage d'une partie plus importante de l'activité sur l'ambulatoire engage une évolution des pratiques en hospitalisation. • Approfondir le suivi des activités hospitalières et ambulatoires (définition d'indicateurs, repérage des inadéquations, …) • Déterminer les effets de seuil concernant les effectifs requis / unité et dispositif • Etudier les modalités de redéploiement des effectifs de l'intra-hospitalier vers l'ambulatoire • Adapter les organisations et les compétences aux évolutions d'organisations
Intégrer les nouvelles technologies à nos pratiques (télémédecine, téléconsultation, …)	• Consolider et développer nos pratiques de téléconsultation avec le CHCB • Etudier les possibilités d'ouverture à d'autres établissements équipés • Participer aux projets de télémédecine, en partenariat avec les acteurs du territoire

➲ Organiser un accompagnement et des prises en soins spécifiques (parcours complexes, personnes âgées, …)

OBJECTIF	ACTIONS
Poursuivre nos missions de prévention et de prise en charge du risque suicidaire	• Consolider la mise en œuvre du dispositif VigilanS • Développer les formations, les dispositifs apprenants et la sensibilisation au repérage de la crise suicidaire des personnels • Identifier les populations à risque élevé (sur la base du programme national d'actions contre le suicide) et prioriser des actions envers ces publics ayant fait la preuve de leur efficacité (repérage, prise en charge, suivi, recontact)
Organiser une réponse aux patients hospitalo-requérants et hospitalo-dépendants	Dans une perspective de désinstitutionalisation, il convient de développer une approche pour ces profils par l'aide à l'autonomisation et à l'intégration du patient dans la vie sociale, au travers des différents dispositifs : • Développer le pôle de Réhabilitation psycho-sociale • Préciser le projet de l'unité PISSARRO en réponse aux besoins et aux évolutions des profils de patients accueillis sur une durée longue (2,3 ans) : o Identifier les profils patients présentant un déséquilibre psychique avec déficience associée : patients hospitalo-requérants, hospitalo-dépendants, patients psychotiques résistants, patients avec syndrome de Korsakoff o Formalisation de projets individualisés fixant des objectifs et durées adaptés aux besoins o Promouvoir les possibilités d'accueil en réponse à des besoins de séjours de rupture notamment o Formaliser les liens avec les dispositifs extérieurs, (lien avec les établissements médico-sociaux et l'accueil familial) dans le cadre de ces perspectives (sorties, gestion des retours en hospitalisation…)
Répondre aux besoins des personnes avec pathologie psychiatrique vieillissantes	• Etudier les perspectives d'évolution de l'offre de l'Unité de Géronto-Psychiatrie : o Identifier les caractéristiques et besoins des deux publics : personnes avec pathologie psychiatrique vieillissante et personnes avec maladies neuro-dégénératives présentant des troubles du comportement, o Organiser une réponse modulaire à ces besoins mixtes : accueil des patients nécessitant des soins soutenus (hospitalisation temps complet en unité de psychiatrie), appui spécialisé aux structures partenaires, lien avec les ESMS, diversification de l'offre et création de nouveaux dispositifs. o Etude sur le déploiement des moyens de l'UIGP vers la création d'une UHR et/ou d'une UCC • Compléter la filière à partir de l'offre existante en géronto-psychiatrie dans le cadre du PMP du GHT o Mener une réflexion sur l'implantation d'unités spécialisées (UHR, UCC) qui n'existent pas sur le territoire, et dont le fonctionnement devrait être articulé (Géronto-psychiatrie, EHPAD, MAIA), dans une logique de parcours
Organiser une réponse globale aux patients avec autisme	• Participer aux projets territoriaux dans le cadre du Plan Autisme et en lien avec les recommandations de bonnes pratiques • Organiser le recours aux dispositifs dédiés du plan Autisme (EMIA, SAMSAH spécialisés …) • Structurer et accompagner le développement des compétences professionnelles sur cette thématique

OBJECTIF	ACTIONS
Proposer une réponse spécifique aux jeunes adultes (16-25 ans)	• Mener une réflexion pour améliorer les conditions d'accueil d'hospitalisation des jeunes en matière de formation, conditions architecturales, … • Structurer des principes d'intervention, élaborées conjointement par la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte, en lien avec les partenaires et visant l'élaboration d'un projet spécifique, des réponses rapides, un accueil dans des lieux distincts et un retour organisé auprès des médecins généralistes. • Organiser le recours à la Maison des Adolescents sur les Côtes d'Armor et sensibiliser les professionnels, • Formaliser des modalités d'intervention auprès de ces publics dans un projet institutionnel
Réponse aux situations complexes	• Identifier les situations complexes • Formaliser en interne des modalités de gestion des situations de complexes (procédures, groupe pluridisciplinaire, …) • Organiser le recours aux dispositifs de gestion des situations complexes (CLSM, Maison des Adolescents, MAIA, PCPE, EMIA …) • Participer aux travaux des dispositifs de coordination de parcours et gestion de situations complexes implantés sur le territoire (COPIL, tables rondes…).

3. Prévenir les ruptures dans le parcours de soin (à la sortie, risques de rechute)

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 3, 5

La perspective des conditions de sorties doit être établie dès le début de l'hospitalisation pour garantir l'identification des partenaires d'aval et des liens familiaux et sociaux des patients. Ainsi, les conditions de sortie feront partie intégrante du projet individualisé et associeront le patient, son entourage et les partenaires du secteur sanitaire et/ou médicosocial (dans le respect de la législation sur le partage d'information).

Par ailleurs, la mise en place d'une organisation, structurée et repérée, sur les modalités de sortie facilitera la mise en place des relais et du passage d'information qui seront à développer en lien étroit avec nos partenaires.

OBJECTIF	ACTIONS
Améliorer l'organisation des sorties pour les patients de court séjour et hospitalisés au long cours	• Systématiser l'intégration des modalités et de sortie dans le projet individualisé (avec identification des partenaires d'aval et des liens familiaux et sociaux des patients) • Mettre en place une organisation structurée et repérée autour des modalités de sortie pour faciliter la mise en place des relais et du passage d'information • Renforcer le recours aux réponses modulées visant à étayer le retour à domicile (consultations, visites à domicile, hospitalisations de nuit, …)
Organiser nos réponses afin d'organiser un repérage précoce et anticiper les situations de crise	L'objectif est de limiter les inadéquations en : • Anticiper le repérage des situations à risque à partir du dispositif ambulatoire et en réalisant un accueil/ évaluation des situations d'impasse le plus en amont possible de l'hospitalisation • Contribuer à la prévention de l'isolement en santé mentale en s'appuyant sur les dispositifs existants (services sociaux, collectifs de prévention…) et les acteurs de proximité (élus, médecins généralistes, …) • Adapter nos dispositifs pour répondre aux sollicitations urgentes
Renforcer la coordination avec les partenaires extérieurs (médico-social, insertion, logement, accès à la vie sociale)	L'objectif est d'améliorer les dispositifs en recherchant les solutions d'aval et en renforçant les partenariats sur les sorties d'hospitalisation en lien avec les partenaires. • Formaliser les partenariats • Mettre en place des procédures conjointes et homogènes sur l'ensemble du territoire

4. Développer les coopérations sur le territoire afin d'améliorer et décloisonner les prises en soin / Améliorer l'interconnaissance entre les acteurs

Références aux objectifs stratégiques n°5, 6, 7

L'objectif est, tout en respectant le champ de compétences et les missions de chacun, de poursuivre et d'amplifier l'effort de coopération pour améliorer les parcours en santé mentale.

Ainsi, le projet d'établissement vise le développement des partenariats dans une approche globale et décloisonnée du soin et de l'accompagnement des patients.

La coordination avec les médecins généralistes existe notamment via la relation établie avec les psychiatres ; des outils facilitant la communication tels que la messagerie sécurisée qui permet aujourd'hui de transmettre les comptes rendus de manière rapide, favorisent les échanges d'information dans le cadre du suivi des patients. Les pratiques doivent évoluer pour développer ce lien et garantir le suivi des soins psychiatriques et somatiques des patients atteints d'une pathologie psychiatrique. En ce sens, des liens institutionnels sont à construire avec les Conseils de l'Ordre et URPS, afin de formaliser des partenariats avec les MSP, PSP et CDS du territoire, pour une mise en œuvre concrète d'actions renforçant le partage de compétence, la réactivité des réponses aux situations particulières et la transmission d'information.

Par ailleurs, la mise en œuvre du Projet Médical Partagé du GHT Centre Bretagne, élaboré conjointement sur la filière psychiatrie addictologie dans la cadre des partenariats associant l'établissement support et l'AHB, permettra de renforcer les coopérations des équipes médicales sur la base d'objectifs partagés et validés par l'ARS.

Enfin, la qualité des interactions et collaborations entre professionnels du soin et de l'accompagnement social et médicosocial est déterminante à plusieurs moments du parcours de santé et de vie des personnes : pour le repérage et le diagnostic précoce des troubles ; pour l'évaluation multidimensionnelle de situation lorsque cette dernière associe au besoin de soin des besoins d'accompagnement sociaux ou médico-sociaux ; pour l'association optimale et la continuité des interventions auprès des personnes vivant avec des troubles sévères et/ou en situation de handicap psychique.

OBJECTIF	ACTIONS
Renforcer les coopérations et l'interconnaissance avec le secteur libéral	**Coordonner la mise en œuvre du plan d'actions formalisé suite au projet élaboré pour développer les coopérations entre les équipes de secteur et les équipes de premier recours** (appel à projets ARS « accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale en Bretagne » 2016) • Poursuivre et renforcer la communication avec les professionnels de premier recours en développant l'information sur les ressources existantes en santé mentale sur le territoire et leur évolution, le partage d'informations autour du patient et en généralisant la dématérialisation des échanges dans un cadre sécurisé (messagerie sécurisée, DMP, …), • Organiser un appui spécialisé à la médecine de premier recours, autour de l'améliorant la réactivité des réponses et en développant des modalités de soins partagées, • Développer une culture commune, au travers d'actions de formation collectives, de réunions thématiques

OBJECTIF	ACTIONS
Formaliser l'organisation des filières et de la gradation des soins dans le cadre des coopérations	**Mettre en œuvre le Projet médical partagé du GHT de Centre Bretagne**
	Développer les coopérations dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire Santé mentale des Côtes d'Armor • Intégrer la communauté psychiatrique de territoire • Elaborer et mettre en œuvre un programme d'actions opérationnel et collectif
	Participer aux travaux d'élaboration des Projets Départementaux de Santé Mentale • Organiser notre participation aux instances des PDSM (Comités de pilotage 22 et 56, groupes de travail thématiques, …)
Renforcer les coopérations avec les acteurs du territoire, notamment sur le champ social et médico-social	• Poursuivre le processus de contractualisation formalisé avec les établissements et service médicosociaux accueillant des personnes en situation de handicap psychique • Renforcer la mission d'appui spécialisé de l'AHB en géronto-psychiatrie, en évaluant les besoins, l'évolution des demandes et des profils accompagnés en lien avec notre organisation et périmètres d'intervention • Structurer la réponse aux publics démunis, en lien avec les partenaires identifiés (ADALEA, AMISEP, …) • S'inscrire dans les dispositifs de coordination et d'intégration des acteurs (CLSM, MDA, …)
Optimiser nos processus de travail et poursuivre la communication sur l'ensemble de l'offre de l'AHB	**Organiser la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des conventions de partenariat** • Formaliser et structurer la gestion des conventions (outil de suivi accessible, informatisation des conventions, désignation d'un un référent par convention …) • Programmer les évaluations de conventions • Adapter les modalités de partenariats au vu des besoins et des résultats d'évaluation
	Structurer notre stratégie de communication • Organiser une communication large et accessible autour de l'offre, des projets et des actualités de l'AHB • Organisation une communication ciblée auprès des partenaires professionnels

Filière Psychiatrie infanto-juvénile

La santé mentale des enfants et adolescents a fait l'objet ces dernières années de réflexions spécifiques, rapportées en avril 2017 dans le cadre d'une mission sénatoriale d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France[8].

Ainsi, cette dernière indique que la prise en charge des mineurs répond d'abord à un enjeu de prévention. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 50 % des pathologies psychiatriques de l'adulte apparaissent avant seize ans. La nécessité d'agir le plus en amont possible avec les instruments adaptés s'impose d'autant plus que, s'ils sont pris suffisamment tôt, certains troubles peuvent disparaître et l'enfant ou l'adolescent guérir. Pour certaines maladies qui se déclarent au cours de l'enfance et de l'adolescence, la précocité du diagnostic conditionne le pronostic et la qualité de vie des patients.

Les besoins des enfants et adolescents en psychiatrie appellent des modalités de prise en charge spécifiques et la pédopsychiatrie s'est structurée en spécialité médicale pour intégrer cette spécificité. Ainsi, il s'agit de prendre en compte, du point de vue de la santé mentale, la continuité possible entre un simple mal-être, des troubles psychiques ou psychiatriques et des pathologies psychiatriques avérées. De plus, la pédopsychiatrie est une discipline complexe qui se doit d'aborder l'enfant et l'adolescent dans sa globalité. Elle se trouve au carrefour des champs sanitaire, médico-social, éducatif, parfois judiciaire ou carcéral, et de plusieurs politiques publiques d'envergure.

Par ailleurs, il est rappelé que la lutte contre les ruptures de prise en charge constitue un enjeu de premier plan de l'organisation de la psychiatrie des mineurs en France. Il s'agit d'une question ancienne et récurrente qui n'a pas encore trouvé à ce jour de réponse satisfaisante. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à des interruptions de prise en soins d'autant plus néfastes pour les mineurs qu'une prise en charge structurée et stable est nécessaire à leur adhésion aux soins et fait partie de la thérapie elle-même.

Enfin, les évolutions liées à l'amélioration du repérage des troubles psychiques chez les enfants et adolescents et à l'élargissement du champ d'action impactent significativement les services de pédopsychiatrie. Ces derniers enregistrent une hausse importante des demandes et sont sollicités sur de nouveaux motifs et pathologies, en lien avec l'évolution de la société.

Ainsi, le rapport indique que le manque de moyens, en particulier pour structurer les réseaux, l'inadéquation de l'offre par rapport aux besoins, l'engorgement des structures, le déficit d'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les difficultés à prendre en charge l'urgence sont autant de facteurs sur lesquels il convient d'agir.

De la même manière, le Projet Régional de Santé de l'ARS de Bretagne prévoit de renforcer la palette de réponses de soins et d'accompagnement en direction des enfants et adolescents, dans sa composition et son fonctionnement.

Les problématiques remontées par les professionnels de nos structures abondent ces constats et amènent à formuler **trois objectifs structurants pour les 5 années à venir** :

[8] Rapport d'information réalisé au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, par M. Alain MILON, Président, et M. Michel AMIEL, Rapporteur, Sénateurs.

AMELIORER L'EVALUATION INITIALE, LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN SOINS PRECOCE

REPONDRE AUX SITUATIONS SPECIFIQUES ET BESOINS NOUVEAUX

AMELIORER LA FLUIDITE ET LA CONTINUITE DU PARCOURS EN RENFORÇANT LES PASSAGES DE RELAIS AVEC LES PARTENAIRES

AMELIORER L'EVALUATION INITIALE, LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN SOINS PRECOCE

Le repérage et la prise en charge précoces sont des priorités unanimement partagées et tout aussi anciennes que fondées s'agissant particulièrement de la psychiatrie infanto-juvénile.

Cependant, l'ensemble des structures de prise en charge sont confrontées à des sollicitations de plus en plus nombreuses face à la hausse des demandes de consultation et des situations dites d'urgence, aux appels à intervenir dans d'autres structures et à la nécessité de s'organiser pour assurer la coordination avec les autres acteurs.

A ce titre, les CMPEA, porte d'entrée du dispositif de soins, doivent organiser une **réponse et une analyse rapide aux demandes** par la mise en place d'un dispositif structuré permettant d'évaluer et d'orienter les jeunes patients de manière précoce. Ce dispositif permettrait alors d'accueillir immédiatement toute personne qui se présenterait sans rendez-vous en demande de soins, de faciliter l'accueil des familles et d'apporter une réponse (consultation, orientation, expertise…) aux demandes des professionnels libéraux ou de nos partenaires.

Cette première orientation permettrait de **réguler** efficacement les demandes, de **renforcer nos capacités de réponse aux situations d'urgence** et d'améliorer la gestion des files actives tout en garantissant une réponse adaptée et cohérente.

Par ailleurs, et afin d'améliorer l'**accès à nos dispositifs**, il est nécessaire de s'assurer que les CMPEA soient repérés et visibles pour le public et nos partenaires. Ainsi, les conditions d'accueil et d'ouverture devront s'adapter à l'évolution des **nouveaux besoins** et des attentes des usagers et garantir un maillage géographique efficient du dispositif ambulatoire.

Le développement de nos **activités de liaison** devra également concourir à l'amélioration de la couverture des besoins sur le territoire. Il conviendra d'une part, de préciser le dimensionnement des moyens, en lien avec l'identification d'équipes pluridisciplinaires. D'autre part, leur rôle étant d'apporter dans le lieu où est pris en charge le patient un renfort ponctuel à l'équipe en place pour toutes les questions relatives aux aspects psychiatriques de la prise en charge, les réponses aux sollicitations des structures partenaires devront donc être priorisées et formalisées.

Au vu des préconisations du rapport de mission sénatoriale, la **prévention** devra tenir une place importante dans les projets développés par l'inter secteur de pédopsychiatrie. En ce sens, les équipes constitueront des appuis importants dans le cadre du **travail en réseau** auprès des partenaires et des familles. En effet, le travail de prévention, de repérage et de dépistage associe nécessairement les familles dans une approche qui mobilise l'ensemble des intervenants. Il s'agira donc de renforcer les actions de communication, d'expertise, de diffusion d'outils à l'échelle du territoire et auprès des acteurs de première ligne (services sociaux, éducation nationale, services hospitaliers de maternité, pédiatrie, …).

REPONDRE AUX SITUATIONS SPECIFIQUES ET BESOINS NOUVEAUX, NOTAMMENT EN MATIERE DE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT SEVERES

Parmi les situations rencontrées impliquant la pédopsychiatrie, la situation des enfants ou des adolescents souffrant de troubles prépsychotiques ou autistique nécessite une prise en compte spécifique, en réponse aux prérogatives nationales sur le sujet. En effet, l'enjeu relève d'une prise en charge précoce, avec pour objectif de développer des stratégies de soins spécifiques, d'accompagner et de favoriser l'adaptation de l'entourage en vue de permettre à l'enfant d'évoluer vers une insertion dans son environnement.

Au vu des constats observés sur le plan national, le plan Autisme 2013-2017 a permis le déploiement d'outils et dispositifs conséquents mais qu'il est nécessaire de coordonner en vue d'optimiser le maillage territorial. Il conviendra notamment d'organiser les équipes de pédo-psychiatrie en réseau de diagnostic et d'intervention de proximité. Cette démarche devra permettre aux enfants âgés de 0 à 16 ans, pour lesquels des signes d'alerte ont conduit à un repérage, d'initier un processus de diagnostic concomitamment à la mise en place d'interventions.

Par ailleurs, les problématiques concernant l'accueil de jeunes avec troubles du comportement sévères, qui se heurtent aux listes d'attente et difficultés d'orientation vers des unités d'hospitalisation complète, sont de plus en plus nombreuses. Ainsi, le dispositif et les capacités actuelles (UTPEA Saint Brieuc, Caudan, recours aux capacités d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie générale) ne sont pas adaptées pour apporter une réponse satisfaisante. En lien avec les établissements de santé partenaires, elles nécessitent d'être optimisées et révisées au regard de l'évolution croissante du nombre de situations et à une échelle territoriale suffisante. Il conviendra donc de structurer une réflexion avec nos partenaires pour répondre aux demandes de soins et d'accompagnement plus intensifs, en lien avec l'offre existante et les perspectives d'évolution.

Pour répondre aux situations complexes d'enfants et adolescents, il apparaît indispensable que les acteurs puissent organiser des réponses modulées, évolutives et pluripartenariales. En effet, à ce jour, ni le service de pédopsychiatrie de Plouguernével, ni les établissements médico-sociaux et sociaux ne proposent une permanence de l'offre satisfaisante dans le temps. En ce sens, l'installation de la MDA sur les Côtes d'Armor constituera un relais précieux dans l'évaluation et l'orientation des situations complexes ainsi que dans la coordination des acteurs.

Enfin, et afin d'organiser nos dispositifs aux évolutions sociétales et en faveur de la promotion de la santé mentale des enfants et adolescents, de nouvelles modalités devront être réfléchies en réponse aux progrès scientifiques (nouvelles techniques et pratiques médicales, …) et aux problématiques contemporaines (impact du numérique et des écrans, …).

AMELIORER LA FLUIDITE ET LA CONTINUITE DU PARCOURS EN RENFORÇANT LES PASSAGES DE RELAIS AVEC LES PARTENAIRES

La multiplicité des acteurs intervenant auprès des enfants et adolescents, les tensions existantes sur l'offre de soins et d'accompagnement et les limites administratives fixées pour les âges de prise en charge sont source de difficultés importantes. En effet, l'existence de plusieurs niveaux de prise en charge dans le paysage sanitaire, médicosocial et social renforce le risque de rupture dans la continuité des parcours de santé et de vie et donc la nécessité d'une coordination.

Nécessairement, l'organisation de la psychiatrie infanto-juvénile ne peut être monolithique et doit s'organiser en fonction des différents âges pour lesquels les besoins ne sont pas les mêmes. Il est en effet indispensable de pouvoir structurer une offre adaptée à chaque âge tout en assurant la continuité des prises en soins.

L'organisation du parcours de soins, en particulier en pédopsychiatrie, souffre encore d'un déficit de lisibilité et son efficacité peut être renforcée afin de privilégier une réelle logique de parcours.

En ce sens, l'enjeu consiste à rendre plus efficace et lisible l'articulation des différentes structures de prise en charge en identifiant les différents niveaux d'intervention et les voies de passage de l'un à l'autre (niveau de repérage, niveau permettant le diagnostic et niveau plus spécialisé pour la prise en charge des cas complexes).

Ainsi, la définition et l'organisation des passages de relais devront prioriser les liens de la psychiatrie infanto-juvénile vers :

- La psychiatrie adulte, en particulier pour la tranche d'âge 16-25 ans,
- Les établissements de santé,
- Les établissements et services médico-sociaux, sociaux et éducatifs,
- Les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes.

En effet, la limite d'âge d'entrée dans les dispositifs de pédopsychiatrie rend particulièrement vulnérable la continuité des parcours des jeunes âgés de 16 à 25 ans. Il est donc nécessaire que le projet institutionnel définisse des modalités de prise en soins pour ces publics, travaillées conjointement entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte, en lien avec les partenaires. Les principes d'intervention à retenir visent l'élaboration d'un projet spécifique, des réponses rapides, un accueil dans des lieux distincts et un retour organisé auprès des médecins généralistes.

Par ailleurs, les coopérations avec les établissements de santé partenaires, et en particulier le Centre Hospitalier Centre Bretagne, seront à formaliser et mettre en œuvre pour répondre aux besoins des jeunes hospitalisés dans les services de pédiatrie et nécessitant des soins psychiatriques.

Parallèlement, certaines prises en soins se prolongent du fait de la saturation des structures sociales et médico-sociales et de l'insuffisance des relais organisés entre acteurs. Les liens sont donc à consolider autour de la continuité des parcours avec le secteur social, médico-social et éducatif.

Enfin, occupant une place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, de dépistage et d'orientation, les médecins généralistes doivent également être pleinement inscrits dans le réseau partenaire et régulièrement informés par les professionnels de la situation des patients qu'ils leur adressent.

1. Garantir l'accès aux soins et au diagnostic

➲ Renforcer le rôle des dispositifs de première intention (CPEA) sur les missions d'accueil et d'orientation

OBJECTIF	ACTIONS
Améliorer l'accès à l'offre de soins ambulatoires, la réactivité et les délais de réponse	**Généraliser la mise en place des premiers entretiens IDE et Psychologues sur l'ensemble des sites de pédo-psychiatrie et renforcer l'efficience du dispositif :** • Formaliser des critères d'analyse des situations dès la première demande, pour améliorer les orientations et limiter les accueils de situations inadéquates, • Définir des typologies et des degrés d'urgence, • Elaborer des conduites à tenir/protocoles sur la gestion des situations de crise, • Définir des outils d'aide à la décision (type arbre des causes), • Réfléchir aux réponses potentielles concernant les délais entre le 1er et le 2nd rendez-vous • Il s'agira de doter les CMPEA d'outils appropriés pour améliorer la réponse aux premières demandes, afin d'objectiver la notion d'urgence et la définition des besoins.
	Organiser une réponse aux situations non programmées, du type dispositif d'Evaluation / Orientation • Définir le profil cette fonction (profil, compétences, temps d'intervention, …), • Inscrire la fonction IAO dans l'organisation des CMPEA, en tenant compte du dimensionnement des équipes, • Former les professionnels concernés.
	Promouvoir et participer à des actions de prévention • Participer aux manifestations relatives à la prévention et promotion de la santé mentale des enfants et adolescents (Semaines d'information sur la santé mentale, …), afin de contribuer en particulier ç la dédramatisation de l'accès aux soins en psychiatrie, • Développer des actions de prévention auprès des professionnels dans le cadre des coopérations existantes (éducation nationale, services hospitaliers, …), • Intégrer les réseaux d'acteurs thématiques, par exemple dans les domaines de la maltraitance, des addictions, de la parentalité.

Optimiser les parcours de soins en développant la psychiatrie de liaison auprès des différentes structures (pédiatrie, médico-social…)	**Préciser l'organisation des activités de psychiatrie de liaison vers nos partenaires** • Optimiser l'intervention des pédopsychiatres sur le service de pédiatrie du CHCB dans le cadre des activités de liaison (PMP du GHT), • Organiser la possibilité d'avis spécialisés sur des situations particulières au service des urgences du CHCB, • Améliorer l'accès à l'offre de soins ambulatoire en CMPEA pour les patients suivis en psychiatrie de liaison : décliner des modalités conjointes favorisant le passage de relais entre la pédiatrie, les urgences et la pédopsychiatrie (prise en soins mutualisée et partagée entre la pédiatrie et l'offre ambulatoire de pédo-psychiatrie, délais de RDV …), • Organiser et formaliser une activité de psychiatrie de liaison à destination des structures médico-sociales.
	Garantir une évaluation pluridisciplinaire, en lien avec les partenaires : • Former les professionnels intervenant sur le parcours des enfants au repérage et à l'évaluation afin d'optimiser les orientations réalisées, • Garantir une évaluation et un suivi pluridisciplinaire coordonnés avec le service de pédiatrie et les plateaux techniques du CHCB, intégrant les aspects psychiatriques, somatiques, génétiques, neuropsychologiques, • Intégrer les facteurs sociaux et environnementaux à ces évaluations.

➲ Assurer une réponse accessible et adaptée aux besoins de la population

OBJECTIF	ACTIONS
Assurer l'accessibilité et la sécurité des sites de pédopsychiatrie sur l'ensemble de l'intersecteur	**Améliorer l'accueil des enfants et de leurs familles :** • Mener une réflexion sur l'adaptation des locaux anciens de l'intersecteur à l'accueil des enfants (CMP et HJ de Rostrenen).
Dimensionner les dispositifs aux besoins de la population et optimiser les ressources	**Etudier l'attractivité des CPEA et adapter les conditions d'accueil, d'ouverture et de communication :** • Adapter les organisations des CPEA, dans leurs missions de prévention, de diagnostic et de soins, à l'évolution des besoins et des attentes des usagers et partenaires. • Il s'agit d'analyser de manière approfondie les données d'activité des sites ambulatoires de pédopsychiatrie (pertinence du maillage géographique afin de couvrir les besoins sur le territoire), en vue d'une optimisation/adaptation de l'offre. • Et d'interroger l'organisation des sites (horaires d'ouverture, accueil des patients et des parents, des partenaires…) et des interventions extérieures (milieu scolaire, établissements et services médico-sociaux, généralistes).

2. Améliorer et personnaliser les prises en soins en favorisant l'autonomie du patient

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 4

Organiser des prises en soin personnalisées et modulaires qui favorisent l'autonomie du patient

OBJECTIF	ACTIONS
Harmoniser l'élaboration des projets personnalisés d'accompagnement	**Renforcer l'évaluation des besoins et la définition des objectifs** Il conviendra de travailler les paramètres de prise en charge et de sortie du dispositif dans le PPI dès le début de prise en charge, et de réajuster au fur et à mesure les modalités de prise en soins, en intégrant les orientations suivantes : • Tester la notion de pronostic de prise en charge et améliorer les échéances d'évaluation formalisées, • Promouvoir l'évolution des pratiques médicales et soignantes, • Réorganiser la planification des réunions cliniques et leur déroulé (utilisation d'outils standardisés, définition des cibles thérapeutiques au regard des moyens matériels et humains disponibles, …).
Diversifier les pratiques médicales et soignantes en vue de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de chaque patient	**S'appuyer sur les recommandations (HAS, ANESM) pour orienter les pratiques médicales (pratiques neuro développementales, remédiation cognitive, …)** • Organiser une veille sur les nouvelles pratiques à développer, • Accompagner le développement des compétences professionnelles, • Etudier la possibilité de disposer de temps de professionnels spécialisés (neuropsychologue, enseignant spécialisé) pour développer de nouvelles techniques de prise en charge.
Améliorer la prise en compte des soins somatiques dans la prise en soins globales	**Intégrer le projet de soins somatiques au projet global** • Standardiser les éléments des bilans et examens somatiques lors des premiers contacts en CMPEA et en HDJ, • Intégrer le suivi somatique au projet global des jeunes patients.
Organiser la place des familles et des proches et les associer dans les prises en soin	• Rechercher l'adhésion de la famille à toutes les étapes de la prise en soins, • Formaliser les modalités d'association des familles à la prise en soins, • Mener une réflexion sur des actions spécifiques en direction des familles, • Etudier la possibilité de recourir à un temps d'assistante sociale afin d'intervenir sur l'environnement familial des enfants.

Développer l'éducation à la santé auprès des enfants et adolescents, en lien avec les familles ;	• Intégrer des actions d'éducation à la santé dans les projets personnalisés des patients.

➲ Adapter et réviser les missions des différents dispositifs en faveur de l'autonomie du patient et de la continuité de son parcours

OBJECTIF	ACTIONS
Renforcer l'efficience de nos organisations	**Renforcer l'articulation entre les dispositifs en interne :** • Améliorer et renforcer l'articulation et la communication transversale de l'intersecteur en tenant compte de la taille réduite des équipes et de la diversité professionnelle, • Etudier la mise en place des analyses de pratiques, de formations-actions pour les professionnels afin de favoriser l'évolution des pratiques et rendre plus efficientes les réunions cliniques.
Moduler et adapter l'offre de soins en hôpital de jour	**Proposer une organisation permettant des prises en charge globales et de groupe, notamment pour des enfants présentant des troubles psychotiques, des troubles envahissants du développement, des retards mentaux et du développement et des troubles d'hyperactivité.** L'optimisation des durées d'accompagnement en HDJ dépend à la fois des prises en soins développées par les HDJ, et des passages de relais et possibilités des structures ou réseaux intervenant une fois la période de soins intensifs réalisée. • Adapter les modalités de soins et les activités aux besoins de ces publics, • Accompagner le développement des compétences professionnelles en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques (pratiques neuro-développementales, cognitivo-comportementales, remédiation cognitive…), • Expérimenter de nouvelles modalités de prises en soins (thérapies brèves, thérapies collectives), • Elaborer des conduites à tenir/protocoles sur la gestion des situations de crise en HDJ.
Déployer une offre de CATTP au sein des hôpitaux de jour	En complément de l'hôpital de jour, de nouvelles modalités de soins, portant sur des créneaux de CATTP, sont à expérimenter pour des enfants ayant besoin de temps de médiation et d'activités de groupe, en vue de limiter les phénomènes d'angoisse et parfois de régression liés à l'inactivité ou à l'attente d'une place en IME ou au sein du réseau éducatif. **Expérimenter la mise en place de créneaux de CATTP au sein des HDJ afin de proposer des temps de groupe et de médiation de courte durée (une demi-journée)** • Evaluer l'offre de CATTP déjà existante sur Loudéac, • Généraliser cette modalité sur Pontivy et Rostrenen.

➲ Organiser un accompagnement et des prises en soins spécifiques (parcours complexes, autisme, …)

OBJECTIF	ACTIONS
Améliorer le repérage et la prise en soins précoces des enfants présentant des troubles du spectre autistique	**Intégrer l'identification précoce des problématiques TED, TDH, TSA dans le cadre de l'évaluation initiale :** • Modéliser les relations avec les réseaux existants pour orientation, • Formaliser un processus de diagnostic concomitamment à la mise en place d'interventions.
	Développer les compétences professionnelles : • Structurer un plan de formation spécifique aux connaissances sur les TSA et aux nouveaux outils de prise en charge ECA, CARS … : IDE, Psychologue, Psychomotricien …
	S'inscrire dans la dynamique de réseau, en lien notamment avec le déploiement des dispositifs du Plan Autisme : • Participation des équipes de pédopsychiatrie aux dispositifs de diagnostic simple et d'interventions de proximité pour les enfants avec troubles envahissants du développement sur les départements des Côtes d'Armor (Centre Jacques Cartier) et Morbihan (PEP 56). • Renforcer les partenariats avec les services de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie, les CAMSP autour du diagnostic précoce. • Participer aux actions de communication envers le grand public, les professionnels de santé (médecins généralistes, …), le milieu scolaire, …
Répondre aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes adultes concernés par les tranches d'âge de 16 à 25 ans	**Définir un projet institutionnel pour la prise en soins des adolescents et jeunes adultes :** Pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans, période de mutation et d'entrée dans la maladie pour certains troubles psychiatriques potentiellement graves, la qualité du 1er contact avec le soin est déterminante pour l'alliance thérapeutique et la continuité des soins. Il convient donc de : • Définir des modalités de prise en soins pour ces publics, travaillées conjointement entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte, en lien avec les partenaires extérieurs. • Elaborer et formaliser un projet spécifique pour favoriser l'accès aux soins du public jeune, intégrant une réactivité dans les réponses, la possibilité d'accueil ou d'intervention dans des lieux distincts de l'offre des CMPEA et CMP, ainsi qu'un retour organisé auprès des médecins généralistes. • Structurer le recours à la Maison des Jeunes et des Adolescents des Côtes d'Armor.

OBJECTIF	ACTIONS
Répondre aux problématiques d'accueil des jeunes avec troubles du comportement sévères	**Adapter notre offre et renforcer nos partenariats afin d'apporter des réponses dans les situations nécessitant des soins psychiatriques plus intensifs pour les enfants et adolescents :** • En l'absence d'offre spécialisée sur le territoire, améliorer les réponses aux besoins en optimisant l'accès à l'hospitalisation à temps plein des unités existantes (UTPEA Saint-Brieuc, UHEA Caudan et Saint-Avé), en l'absence d'offre spécialisée sur le territoire, • Etudier les conditions de meilleures conditions d'accueil des mineurs de moins de 16 ans sur les capacités d'hospitalisation à temps plein du CH de Plouguernével … l'âge minimum pour un accueil sur les unités adultes étant de 15 ans et 3 mois. • Etudier les conditions préalables d'autorisation d'ouverture d'une unité d'hospitalisation complète pour enfants et adolescents, en lien avec : - La mise en œuvre du PRS Bretagne2018-2022, lequel retient l'optimisation des réponses de soins et d'accompagnement en direction des enfants, adolescents et jeunes adultes parmi ses priorités dans le domaine de la santé mentale. - Les travaux engagés dans le cadre de la mise en œuvre des outils de la LMSS sur les différents territoires (GHT Centre Bretagne, PDSM Côtes d'Armor et Morbihan, GCS en santé mentale Centre Bretagne et d'Armor), - L'évolution de l'offre d'hospitalisation complète du CH de Plouguernével en psychiatrie générale. • Etudier les possibilités d'augmentation de la capacité d'accueil des hôpitaux de jour par redéploiement des moyens actuels.
Répondre aux situations complexes	**Formaliser des réponses partenariales aux situations complexes :** • Formaliser des programmes de soins élaborés conjointement avec les établissements médico-sociaux partenaires, intégrant des interventions coordonnées des équipes autour du patient, • Assurer la participation de l'AHB au dispositif « Maison des Jeunes et des Adolescents » : - Communiquer sur ce dispositif auprès des personnels, familles, partenaires, - Apporter des réponses aux situations complexes dans le cadre du dispositif de coordination prévu par la MDA. • Formaliser un partenariat et des critères d'admission partagés sur les unités d'hospitalisations à temps complet environnantes (UTPEA Fondation Saint Jean de Dieu Dinan Saint-Brieuc, UHEA EPSM Caudan et Saint-Avé), • Evaluer et renforcer notre intégration dans le dispositif ITEP et autres coordinations médico-sociales.

3. Prévenir les ruptures dans le parcours de soin

↳ *Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 3, 5*

OBJECTIF	ACTIONS
Améliorer l'organisation des sorties du dispositif et identifier les risques de rupture de parcours	**Formaliser les modalités de sortie des dispositifs de pédopsychiatrie : la durée des prises en soins est fonction à la fois des pratiques cliniques de la pédo-psychiatrie, et des possibilités des structures relais à l'issue de la période de soins intensifs.** • Questionner régulièrement la pertinence des prises en soins en définissant des critères de sortie des dispositifs et des modalités pour organiser le passage de relais. • Renforcer l'association des partenaires (éducation nationale, médico-social, libéral, pédiatrie) au suivi du patient en favorisant la participation des différents professionnels aux réunions de synthèse et de préparation à la sortie.
	Mener une étude autour de situations et profils type pour lesquels le passage de relais devrait faire l'objet de vigilance particulière : • Identifier les âges et situations particulièrement vulnérables. • Intégrer les analyses et orientations du Projet Régional de Santé aux réflexions de l'intersecteur. • Proposer des pistes d'actions autour du passage de relais par anticipation. Ces modalités de réponse doivent s'appuyer sur les ressources existantes des différents partenaires présents sur le territoire.
Améliorer les parcours de soins des enfants et adolescents en organisant et formalisant les passages de relais	**Organiser les articulations entre les secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie « adulte »** pour éviter les ruptures de prise en charge au moment des changements de tranche d'âge : • Cultiver l'interconnaissance entre les équipes par des échanges réguliers sur des cas cliniques, • Mettre en place une interface cohérente entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale sur les situations suivantes : - Dans la continuité des suivis de jeunes de pédo-psychiatrie évoluant vers l'âge adulte, - Sur les conditions d'accueil des mineurs hospitalisés au Centre hospitalier dans des unités pour adultes, parfois fermées, en situation de crise.

	Améliorer le relais avec la pédiatrie par la mise en œuvre du PMP du GHT Centre Bretagne, dans le cadre d'une gouvernance médicale partagée et avec l'évaluation régulière des protocoles et conventions existantes entre l'AHB et le CHCB • Optimiser l'intervention des pédopsychiatres en pédiatrie et aux urgences sur les activités de liaison, et améliorer l'accès à l'offre de soins ambulatoire en CMPEA : critères d'orientation, délais de RDV... • Répondre aux besoins de soins psychiatriques plus intensifs des enfants et adolescents, avec notamment l'accès à l'hospitalisation à temps plein, en l'absence d'offre sur le territoire, • Garantir une évaluation et un suivi pluridisciplinaire coordonné : psychiatrique, somatique, génétique, neuropsychologique, en lien avec la formation des professionnels.
	Améliorer le relais avec les acteurs médico-sociaux, (IME, CAMSP, CMPP, SESSAD, dispositif ITEP…), sociaux et éducatifs (Education nationale, …) • Développer la coordination des acteurs, notamment avec les DITEP, CMPP et IME pour améliorer les pratiques d'orientation, la coordination et le relais des prises en soin. • Communiquer sur les missions de la pédopsychiatrie auprès des professionnels et du milieu scolaire afin de limiter le nombre de demandes inappropriées. • Proposer des actions d'information, de sensibilisation et de formation aux professionnels du réseau pour améliorer la pertinence des orientations. • Formaliser par convention ces partenariats devant clarifier les rôles et complémentarités entre acteurs.

4. Développer les coopérations sur le territoire afin d'améliorer et décloisonner les prises en soin / Améliorer l'interconnaissance entre les acteurs

Références aux objectifs stratégiques n°5, 6, 7

OBJECTIF	ACTIONS
Renforcer les coopérations et l'interconnaissance avec le secteur libéral	**Adapter le plan d'actions élaboré pour développer les coopérations entre les équipes de secteur et les équipes de premier recours à l'intersecteur de pédopsychiatrie :** • Poursuivre et renforcer la communication avec les professionnels de premier recours en développant l'information sur les ressources existantes en pédo-psychiatrie sur le territoire et leur évolution, le partage d'informations autour du patient et en généralisant la dématérialisation des échanges dans un cadre sécurisé (messagerie sécurisée, DMP, …), • Organiser un appui spécialisé en pédopsychiatrie auprès des médecins généralistes et pédiatres, autour de l'amélioration de la réactivité des réponses, • Mettre en œuvre des modalités de soins partagées et de transmission d'information autour des enfants et adolescents, en lien avec la famille, • Développer une culture commune, au travers d'actions de formation collectives, de réunions thématiques médicales, … L'accès aux soins et au diagnostic en pédo-psychiatrie est fortement conditionné par la propension des médecins généralistes et services de pédiatrie à solliciter la pédopsychiatrie pour des situations généralement présentées comme urgentes. Afin de conforter notre rôle d'appui, construire des réponses pertinentes et favoriser la continuité des parcours, il conviendra de consolider les liens entre l'intersecteur et le premier recours et soutenir les professionnels de première ligne.
Formaliser l'organisation de la filière de soins et optimiser les parcours de soins	**Mettre en œuvre le Projet médical partagé du GHT de Centre Bretagne et notamment les orientations suivantes :** L'objectif N°5 de la filière santé mentale du PMP du GHT Centre Bretagne précise les actions retenus afin de « renforcer la palette des réponses en santé mentale à destination des enfants et adolescents ». Ces actions sont à décliner par les services concernés, soit la pédiatrie et la pédo-psychiatrie, dans le cadre d'une gouvernance médicale partagée. De par la participation de l'AHB à l'élaboration du PMP sur la filière santé mentale et addictologie, ces objectifs correspondent avec ceux développés dans le cadre du projet médical du CH de Plouguernével. Ils ont déjà été largement développés dans le cadre des orientations

Formaliser l'organisation de la filière de soins et optimiser les parcours de soins	précédentes, les principaux enjeux étant de : • Optimiser les interfaces entre la pédiatrie et les urgences du CHCB et la pédo-psychiatrie, • Garantir une évaluation et un suivi pluridisciplinaire, • Améliorer les parcours de soins des enfants et adolescents
	Optimiser les coopérations avec le Groupement de Coopération Sanitaire Santé mentale des Côtes d'Armor • Intégrer les réflexions relatives aux situations complexes et demandes de soins intensifs sur le territoire au programme d'actions (PDSM, …)
Renforcer les coopérations avec les acteurs du territoire, notamment sur le champ social et médico-social	**Structurer et optimiser nos coopérations en réponse aux points de ruptures de parcours liées à la multiplicité des tranches d'âge et aux passages de relais** • Poursuivre le processus de contractualisation formalisé avec les établissements et services sociaux et médicosociaux : • Renforcer la mission d'appui spécialisé de l'AHB en pédopsychiatrie et organiser les modalités d'intervention (équipe de liaison ?), • Formaliser les périmètres, complémentarités et critères d'intervention avec les CAMSP, CMPP, IME et DITEP, • S'inscrire dans les dispositifs de coordination et d'intégration des acteurs (MDA, …).
Optimiser nos processus de travail et poursuivre la communication sur l'ensemble de l'offre de l'AHB	**Organiser la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des conventions de partenariat :** • Formaliser et structurer la gestion des conventions (informatisation, déclinaisons en plans d'actions annuels, désignation d'un référent par convention …), • Programmer des évaluations périodiques des partenariats, • Adapter les modalités de partenariats au vu des besoins et des résultats d'évaluation.
	Structurer notre stratégie de communication • Organiser une communication large et accessible autour de l'offre, des projets et des actualités de l'AHB, • Organisation une communication ciblée auprès des partenaires institutionnels, professionnels de santé, du médico-social.

Filière Addictologie

Enjeu de santé publique majeur, en France et particulièrement en Bretagne, les conduites addictives concernent une partie très importante de la population et recouvrent une réalité variée, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux, sociaux et légaux, individuels et collectifs, à court terme et à long terme. Elles nécessitent donc des actions coordonnées à la hauteur des enjeux.

Les conduites addictives sont des entités récentes dans la nosographie, le champ des addictions comporte des addictions avec produits (alcool, tabac, produits illicites, médicaments), des addictions sans produit (addictions aux jeux, comportementales…), et comprend des évolutions (exemple des troubles du comportement alimentaire).

En Bretagne, les problématiques addictives se caractérisent par des pratiques plus à risques que pour la moyenne française, et une expérimentation plus précoce chez les jeunes ; sur le Centre Bretagne, il est rappelé que les indicateurs de mortalité prématurée évitable apparaissent plus défavorables que les niveaux moyens régionaux, en particulier sur les causes imputables à consommation d'alcool.

En ce sens, la politique régionale de santé place au centre de l'action le développement de nouvelles synergies et les coopérations entre acteurs pour mieux garantir la cohérence et l'efficacité des interventions, de la prévention aux soins en ville ou en institution, et des accompagnements qui contribuent à l'inclusion.

Pour le territoire du Centre Bretagne, les missions de l'AHB dans le domaine de l'addictologie comprennent le déploiement d'une offre de prévention et de soins destinée aux personnes présentant des conduites addictives, quel qu'en soit le type, et dans le cadre d'une offre de soins graduée. Ces orientations s'inscrivent dans les objectifs de la filière hospitalière de soins en addictologie, devant permettre à chaque personne ayant une ou des conduites addictives d'accéder à une offre de soins globale en proximité, avec le recours, si nécessaire, à un plateau technique spécialisé.

En ce sens, la filière doit proposer sur son territoire d'implantation des dispositifs de prise en charge couvrant l'intégralité des parcours possibles, selon la sévérité de l'addiction et les éventuelles comorbidités associées somatiques, psychologiques ou psychiatriques. Elle comporte plusieurs maillons : les consultations, les hôpitaux de jour, l'hospitalisation complète de court séjour (programmée ou non programmée), l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

La filière doit également permettre l'accompagnement et l'orientation du patient à la sortie de l'hospitalisation, permettant de réduire le risque de rechute, et s'articule donc avec les partenaires sociaux et médico-sociaux.

Cette offre de soins doit de plus être coordonnée avec l'offre médico-sociale spécialisée, comprenant notamment les CAARUD et les CSAPA[9], ainsi qu'avec les professionnels de santé de 1er recours. Les missions des CSAPA sont d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement médico-social, et l'aide à l'insertion.

Au regard du caractère durable voir chronique des conduites addictives, de leur intrication avec de nombreuses autres problématiques de santé, la place des médecins traitants est centrale dans la prise en charge des addictions, qu'il s'agisse du repérage des consommations à risques, de l'orientation et du suivi dans la durée et

[9] CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

dans les phases sensibles comme le sevrage ou l'accompagnement de l'entourage. Sur ces bases, il est nécessaire de développer les liens entre les professionnels du 1er recours et l'offre spécialisée, complexe et multiple, ce qui demande un effort de communication.

Sur le territoire de santé du Centre Bretagne, l'offre à la population est conséquente et s'articule autour de 3 acteurs : le CHCB, l'AHB et l'association DOUAR NEVEZ (CSAPA). Le diagnostic de l'offre de soins sur la filière réalisé dans le cadre des travaux du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Centre Bretagne a identifié une offre d'addictologie graduée comprenant des implantations sur l'ensemble du territoire :

- Hospitalisation complète à Plouguernével en psychiatrie sur 18 lits,
- Hospitalisation complète au CHCB (unité THEZAC) en MCO sur 6 lits,
- Hospitalisation à temps partiel de jour à Pontivy sur 8 places,
- Ambulatoire en CMP spécialisé en addictologie (AHB) sur les principales agglomérations, avec des plages horaires de fonctionnement importantes,
- CSAPA de Pontivy (Douar Névez),
- ELSA territoriale (AHB) avec couverture de l'ensemble des établissements de santé du territoire,
- Implantation de 3 Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sur le territoire.

Ainsi, le Groupement Hospitalier de Territoire et ses partenaires ont identifié sur la filière addictologie des objectifs d'amélioration autour du développement d'une offre en complémentarité, avec les enjeux suivants :

- Garantir une offre adéquate et durable en addictologie, dans les deux dimensions psychiatrique et somatique,
- Renforcer la coordination des acteurs en addictologie.

Par ailleurs, les retours des professionnels de terrain ont également permis d'identifier des axes d'évolution concernant notre offre, en particulier pour les dispositifs de soins ambulatoires, parmi lesquels Ainsi,

- Renforcer l'accès à l'hôpital de jour, pour les patients s'inscrivant dans les différents parcours proposés par les acteurs du territoire,
- Développer la palette d'accompagnement en ambulatoire en renforçant la place des CATTP, dans une visée collective.

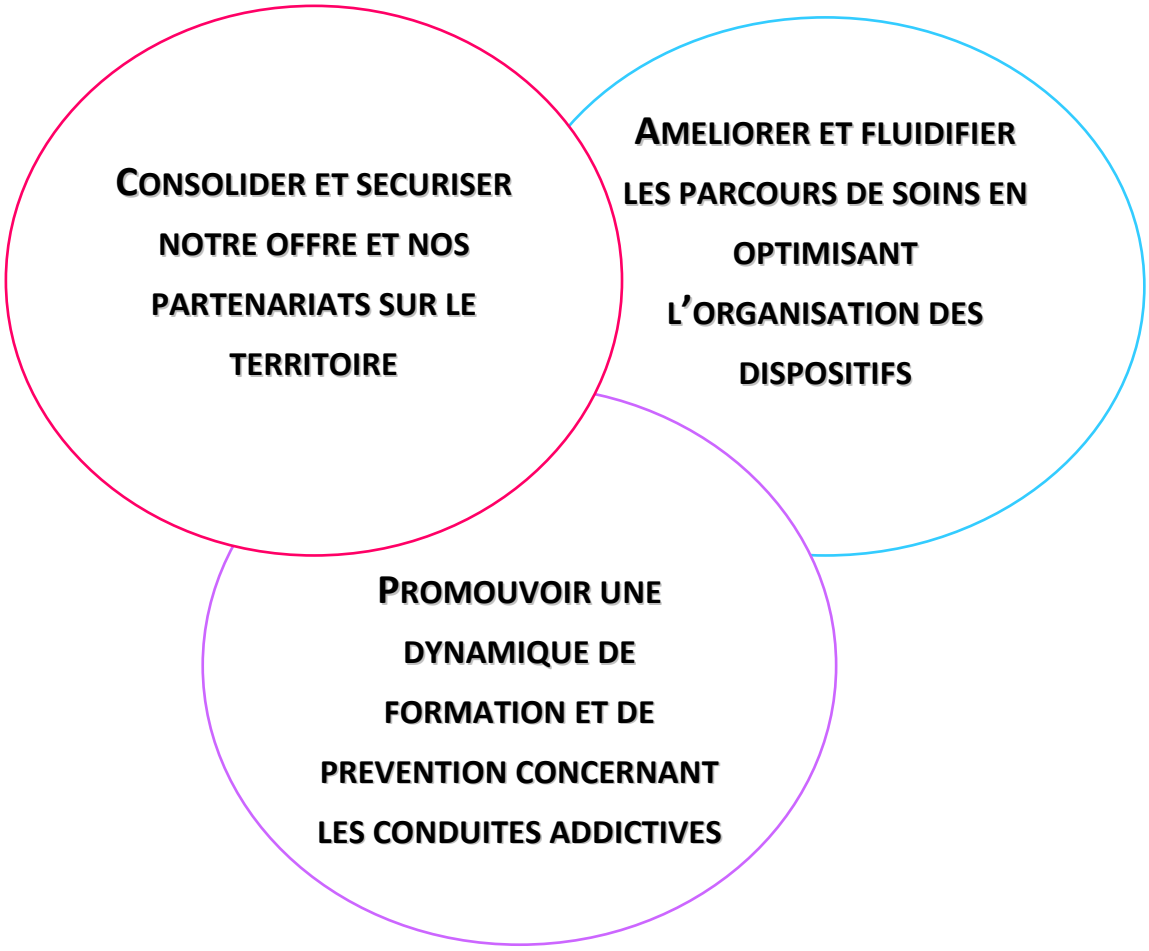
Enfin, la stratégie régionale de santé poursuit l'objectif de développer sur les territoires les programmes de prévention des conduites addictives, et de diminution des atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie qui y sont liées. En ce sens, elle préconise une approche globale de prévention et de promotion de la santé pour tous, combinée à des actions ciblées en faveur de certaines populations particulièrement exposées.

Ainsi, l'engagement de l'AHB dans la prévention des conduites addictives sera à poursuivre, selon les deux axes que développe notre établissement : la mise en place d'actions de prévention à destination de publics ciblés, notamment les jeunes, et la formation des professionnels.

- Les programmes de prévention sur les territoires doivent cibler à la fois les jeunes, les parents et les adultes en contact avec les jeunes. Les interventions développées à destination des jeunes doivent renforcer leurs compétences psycho-sociales, s'inscrire dans la durée et s'adapter à l'âge d'entrée dans les consommations.

- Le rôle et la place des professionnels de santé dans le champ de la prévention des addictions et de la promotion de la santé sont à définir en articulation avec les autres acteurs de la prévention.

Les principaux enjeux du projet d'établissement 2018-2022 sur l'addictologie comprennent donc :



1. Garantir l'accès aux soins et au diagnostic

OBJECTIF	ACTIONS
Améliorer et faciliter l'accueil et l'orientation des patients	**Développer la connaissance de l'offre de soins de la filière addictologie de l'AHB auprès du réseau de correspondants :** • Communiquer sur les missions des différents dispositifs auprès des médecins et des partenaires du secteur social et médico-social intervenants sur le territoire. • Structurer la réponse apportée aux partenaires du territoire sur les problématiques liées aux conduites addictives, par un appui spécialisé à partir de l'ELSA pour les établissements de santé, et des CMP Spécialisés (CMPS) pour les autres partenaires professionnels. • Elaborer une stratégie de communication spécifique sur le territoire, pour favoriser l'accès aux soins et l'orientation des patients vers les dispositifs d'addictologie.
	Renforcer le rôle de l'ELSA dans le dispositif • Promouvoir le rôle de l'ELSA, dispositif récent au sein de la filière addictologie du territoire, dans ses missions de repérage, d'orientation des patients, de soutien et d'apport de compétences aux équipes de soins, • Il s'agit de développer le recours à l'équipe de liaison en addictologie au niveau du service des urgences et des autres unités de soins du CHCB, et de renforcer les interventions sur les 3 autres établissements de santé identifiés (CHCB, Ker Joie, PDK, CH Plouguernével), • Elaborer des protocoles d'intervention pour les situations les plus fréquentes et/ou réactiver les protocoles existants, • Développer une dynamique de sensibilisation et de formation à l'addictologie auprès des équipes de soins des sites d'intervention de l'ELSA.
Renforcer la logique d'« aller-vers » pour des publics aux besoins spécifiques	**Renforcer les missions d'appui spécialisé auprès des structures partenaires, avec des réponses adaptées en matière d'offre de consultation, de soutien et d'apport de compétences aux équipes, en particulier :** • Auprès des partenaires accompagnant les publics âgés à domicile (MAIA, SAAD, SSIAD, …), • Auprès des partenaires accompagnant les publics âgés en institution (EHPAD, …), • Auprès des publics en situation de précarité, • Auprès des jeunes et des professionnels exerçant en milieu scolaire.
Contribuer à la prévention en addictologie	**Elaborer un plan global concerté dans le domaine de la prévention et de la formation** • Articuler les actions de prévention et de formation entre les différents professionnels AHB (chargée de prévention, intervenants de l'ELSA, intervenants des CMP, …), • Poursuivre nos participations aux réseaux de prévention en addictologie (RESPADD, réseaux locaux …), • Coordonner les programmes de prévention et de formation des acteurs intervenant sur le territoire, afin de cibler les publics les plus à risques (jeunes, femmes en périnatalité, public précaire…) et de prioriser des actions envers ces publics ayant fait la preuve de leur efficacité (références : étude INSERM, recommandations FFA, réduction des risques…),

	• Formaliser un programme annuel en développant les thématiques des addictions sans produits, à diffuser en interne et à articuler avec les partenaires. • Intégrer les actions de prévention et de formation aux conventions signées avec les partenaires, organiser le suivi et évaluer ces actions pour réajustement. • Coordonner les réponses aux appels à projets.

2. Améliorer et personnaliser les prises en soins en favorisant l'autonomie du patient

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 4

Organiser des prises en soin personnalisées et modulaires qui favorisent l'autonomie du patient

OBJECTIF	ACTIONS
Harmoniser l'élaboration des projets personnalisés	**Améliorer l'évaluation initiale en développant une approche multidimensionnelle (médicale, psychologique et sociale) en ambulatoire** Au regard des facteurs et des conséquences multiples des conduites addictives, il convient de promouvoir une approche multidimensionnelle du patient, en renforçant la coordination et les relais entre l'intra-hospitalier, l'ambulatoire et la vie ordinaire. Les ressources seront également à mobiliser sur l'objectif du maintien à domicile, en lieu de vie ordinaire et adapté, dans une approche partenariale. • Intégrer l'ensemble des dimensions dans le cadre de l'évaluation et du suivi de proximité, pour favoriser une approche globale de la personne et de son entourage • Renforcer les actions visant à l'accès au logement et au maintien d'un domicile pour les patients, en partenariat avec les acteurs du social et de l'insertion
	Redéfinir les modalités d'accompagnement en ambulatoire (hôpital de jour, CATTP) • Systématiser l'élaboration d'un projet personnalisé d'accompagnement à partir des objectifs, pour définir les modalités et la durée de prise en soins. • Définir des modules d'activité définis à partir d'objectifs (cycle de séances pour l'éducation à la santé, la gestion de l'argent, le logement). Afin de renforcer la vocation thérapeutique de l'hôpital de jour et d'adapter les activités proposées aux besoins des patients, il convient de structurer l'accueil et l'accompagnement autour d'un projet personnalisé construit avec le patient. A partir d'une évaluation pluri professionnelle seront donc définis des objectifs et une durée de prise en soins ainsi que des évaluations régulières permettant d'ajuster et d'optimiser cet accompagnement socio-thérapeutique soutenu.
	Intégrer la prise en charge des troubles somatiques liés au sevrage dans le projet de soins Au regard de l'accroissement des difficultés somatiques chez les patients, il est primordial d'intégrer à la prise en soins les troubles somatiques liés au sevrage pour les patients suivis par les dispositifs d'addictologie proposés par la psychiatrie.
	Organiser la place des familles et des proches et les associer dans les prises en soin

➲ Adapter et réviser les missions des différents dispositifs en faveur de l'autonomie du patient et de la continuité de son parcours

OBJECTIF	ACTIONS
Structurer et sécuriser la réponse apportée par l'offre ambulatoire du territoire	Les équipes ambulatoires de l'AHB et du CSAPA ont mené un travail conjoint afin d'identifier les complémentarités et spécificités de l'offre de chacun. ➲ Pour l'AHB : - Prise en soin de patients présentant des comorbidités psychiatriques, - Suivi des patients avec visite à domicile. ➲ Pour Douar Nevez : - Intégration de patients hors secteur psychiatrique, - Distribution et suivi des traitements de substitutions aux opiacés, - Suivi somatique (bilans sanguins, examens complémentaires). Sur ces bases, un premier objectif du projet d'établissement est de définir les critères d'orientation et les points d'entrée entre le CSAPA et les CMP spécialisés en ambulatoire. A plus long terme, il est attendu, en terme de structuration des filières de soins, d'assurer une réponse aux besoins avec une couverture territoriale de qualité, efficiente, sans redondance et lisible pour les usagers et professionnels. Il conviendra donc de structurer une offre de soins et d'accompagnement médico-sociale spécialisée réunie sur Pontivy, afin de sécuriser et de renforcer cette offre.
	Etudier les conditions d'évolution des CMP spécialisés vers des dispositifs de type CSAPA sur le secteur costarmoricain afin d'ancrer nos dispositifs de consultation • Obtenir un consensus des partenaires concernés et de l'ARS, • Solliciter une reconnaissance contractuelle des dispositifs sur la base du cahier des charges fixé par l'ARS.
Refonder les projets de certains dispositifs Diversifier et renforcer nos capacités d'accueil	**Développer et diversifier les prises en charge en hôpital de jour** • Organiser l'hôpital de jour pour consolider le sevrage réalisé en intra ou à Thézac, • Développer l'accès à l'HDJ en addictologie et élargir les activités de l'HDJ, pour les patients s'inscrivant dans les différents parcours proposés par les acteurs du territoire ; formaliser les partenariats de l'hôpital de jour avec l'association Douar Névez (CSAPA) et avec le CHCB (Thézac), dans le cadre de son offre de niveau 2. • Adapter l'organisation de l'HDJ en fonction de l'évolution d'activité.

	• Elargir l'accueil à des patients en attente de post-cure. • Adapter les compétences professionnelles aux évolutions des missions. Afin de répondre aux nouveaux besoins, il convient de renforcer le rôle de l'hôpital de jour comme alternative à l'hospitalisation complète. Ainsi, des liens étroits seront développés avec les unités d'hospitalisation complète en vue d'améliorer les parcours des patients, dans le cadre d'une réponse modulaire. Le rôle actuel de l'HDJ sera renforcé sur le relai des unités d'hospitalisation pour une consolidation du sevrage, et nécessitera des collaborations étroites avec les services de MCO notamment. Une réflexion est à mener avec les services de MCO sur le sevrage en HDJ. De plus, les modalités d'admission pourront être adaptées pour permettre des entrées directes.
	Refonder les projets des CATTP et renforcer leur positionnement dans la palette d'accompagnement • Améliorer l'articulation entre les dispositifs ambulatoire pour permettre une réponse modulée en fonction des besoins • Définir sur les CATTP des modules d'activité spécifiques et adaptés aux troubles liés aux conduites addictives. Le CATTP poursuit les objectifs de maintien, de renforcement et/ou de rétablissement des capacités et de l'autonomie des personnes accueillies et s'inscrit dans une approche collective, structurée autour d'activités thérapeutiques, d'ouverture vers l'extérieur, de passage de relais et de maintien du lien social. A ce titre, le CATTP constitue un dispositif intéressant et particulièrement adapté aux problématiques des conduites addictives. Sa place au sein de l'offre de soins proposée sera donc actualisée, avec une visée collective.
	Adapter les compétences professionnelles aux évolutions des missions.
Diversifier et renforcer notre offre de soins	**Organiser la double compétence MCO et psychiatrie sur la filière hospitalière, avec le CHCB.** • Définir la place du sevrage complexe dans la filière, en amont et en aval. • Définir les critères partagés d'orientation sur l'hospitalisation en addictologie entre niveau 2 MCO et psychiatrie. • Formaliser un programme de soins personnalisé de sevrage complexe.
	Développer une réflexion sur la construction de réponses spécifiques (addictions sans produit, troubles du comportement alimentaire, …) • Intégrer de nouvelles thématiques (addictions sans produit, addictions comportementales, dopage, …) à notre palette d'offre de soins pour s'adapter aux besoins. • S'inscrire dans une gradation des soins régionale concernant les troubles du comportement alimentaire. • Développer et renforcer nos compétences médicales et soignantes pour réaliser ces prises en soins spécifiques. • S'associer à la réponse régionale concernant l'accompagnement des personnes de moins de 60 ans atteintes de démence alcoolique.

3. Prévenir les ruptures dans le parcours de soin (à la sortie, risques de rechute)

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 3, 5

OBJECTIF	ACTIONS
Organiser la sortie et prévenir les rechutes	**Renforcer l'étayage à la sortie pour prévenir les rechutes :** • Associer les partenaires aux projets de sortie pour renforcer l'étayage au domicile. • Intégrer l'accès au logement aux projets de sortie : dispositifs spécifiques de logements adaptés (en interne – appartement passerelle – et en externe), logement ordinaire, partenariats avec les bailleurs sociaux. • Il conviendra dans un premier temps de repérer les points de rupture dans les parcours de soins afin de mieux répondre aux besoins des personnes. Ainsi, les interventions au domicile des CMPS seront renforcées, et les articulations avec les acteurs répondant à d'autres besoins des patients pleinement intégrées au projet de sortie.
	Renforcer la coordination avec les partenaires extérieurs et l'articulation des différents dispositifs • Identifier et rencontrer les partenaires du territoire (bailleurs sociaux notamment). • Consolider et formaliser les partenariats par conventionnement, et étendre le périmètre des partenariats qui existent avec la psychiatrie générale (AMISEP, ADALEA, …). • La notion de «parcours en santé» doit permettre à la personne de bénéficier d'un accompagnement global qui implique la continuité, la complémentarité et la pluridisciplinarité des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales. Il conviendra ainsi de poursuivre, renforcer et renouveler nos collaborations avec les partenaires de territoire, dans une démarche pro-active.

4. Développer les coopérations sur le territoire afin d'améliorer et décloisonner les prises en soin / Améliorer l'interconnaissance entre les acteurs

Références aux objectifs stratégiques n°5, 6, 7

OBJECTIF	ACTIONS
Renforcer les coopérations et l'interconnaissance avec le secteur libéral	**Adapter le plan d'actions élaboré pour développer les coopérations entre les équipes de secteur et les équipes de premier recours à la filière d'addictologie :** • Améliorer la connaissance de l'offre spécialisée, ses missions, son organisations, son rôle d'appui et de formation : face à la diversité de l'offre spécialisée sanitaire et médico-sociale, les médecins traitants ont besoin d'une information claire et pratique. Il est donc nécessaire de promouvoir et faciliter l'accès aux outils d'information, ainsi que les contacts directs avec l'offre spécialisée. • Organiser un appui spécialisé facilité pour les médecins libéraux en vue d'améliorer la continuité et la qualité des soins. • Mettre en œuvre de modalités de soins partagés et de transmission d'information autour du patient. • Proposer des actions d'information et de formation sur la thématique des addictions. En lien avec la prévention des ruptures de parcours et la gestion des situations complexes, il conviendra également d'investir les nouveaux dispositifs comme les plateformes territoriales d'appui.
Formaliser l'organisation des filières et de la gradation des soins dans le cadre des coopérations sanitaires (GCS, GHT)	**Mettre en œuvre le Projet médical partagé du GHT de Centre Bretagne** • Pourvoir les postes de médecins addictologues notamment psychiatres, • Développer l'accès à l'HDJ d'addictologie sur Pontivy pour les patients s'inscrivant dans les différents parcours proposés par les acteurs du territoire (CHCB, Douar Névez). • Assurer l'accès aux SSR en addictologie pour les patients du territoire par conventionnement avec l'offre présente sur le TS3 pour le Morbihan et le TS 7 pour les Côtes d'Armor. • Renforcer la complémentarité et la coordination des 3 acteurs en addictologie, en définissant un modèle de pilotage sur la filière (groupe projet pluridisciplinaire). les gradations par conventionnement et élaboration de procédures communes • Articuler l'offre de sevrage complexe et organiser la double compétence MCO et psychiatrie sur la filière hospitalière. • Définir les critères d'orientations et les points d'entrée entre le CSAPA et les CMP spécialisés en addictologie. • Définir les critères d'orientation des patients sur les différentes unités : rôle de l'ELSA territoriale. • Communiquer sur les dispositifs vers les acteurs du PMP et hors PMP, au moyen de supports élaborés conjointement par les acteurs de la filière.

	• Améliorer l'accès aux soins avec tous les acteurs notamment le soin de premier recours. • Apporter une réponse à destination des populations fragiles (jeunes, personnes précaires, personnes âgées…).
	Optimiser les coopérations avec le Groupement de Coopération Sanitaire Santé mentale des Côtes d'Armor • Intégrer la communauté psychiatrique de territoire • Elaborer et mettre en œuvre un programme d'actions opérationnel et collectif, en prolongement de l'élaboration du PDSM 22.
	Participer à l'élaboration des Projets Départementaux de Santé Mentale • Intégrer les COPIL et groupes de travail thématiques, • Décliner les objectifs et programmes d'actions sur la filière addictologie.
Renforcer les coopérations avec les acteurs du territoire, notamment sur le champ social et médico-social	La qualité des interactions et collaborations entre professionnels du soin et de l'accompagnement social et médicosocial est déterminante à plusieurs moments du parcours de santé et de vie des personnes : pour le repérage et le diagnostic précoce des troubles ; pour l'évaluation multidimensionnelle de situation lorsque cette dernière associe au besoin de soin des besoins d'aide sociale ; pour l'association optimale et la continuité des interventions auprès des personnes vivant avec des troubles sévères et/ou en situation de handicap psychique L'objectif est, dans le respect des compétences de chacun, de poursuivre le développement des actions de coopération afin d'améliorer les parcours en addictologie. • S'associer aux projets des partenaires sur le territoire, lorsqu'ils concernent la thématique des addictions (exemple : prévenir les conduites addictives chez les personnes âgées, …), • S'inscrire dans les dispositifs de coordination et d'intégration des acteurs (CLSM, …), • Formaliser les modalités de réponse aux publics démunis, en lien avec les partenaires identifiés (ADALEA, AMISEP, logement inclusif, logement social…)
Optimiser nos processus de travail et poursuivre la communication sur l'ensemble de l'offre de l'AHB	**Organiser la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des conventions de partenariat** • Formaliser et structurer la gestion des conventions (outil de suivi accessible, informatisation des conventions, désignation d'un référent par convention ou action…), • Programmer les évaluations de conventions, • Adapter les modalités de partenariats au vu des besoins et des résultats d'évaluation.
	Structurer notre stratégie de communication • Organiser une communication large et accessible autour de l'offre, des projets et des actualités de l'AHB. • Organisation une communication ciblée auprès des partenaires et professionnels.

Unité pour malades difficiles (UMD)

Les soins proposés en UMD permettent de prendre en charge des patients présentant une dangerosité inhérente à leurs troubles psychiatriques. Pour ce faire, des moyens spécifiques sont mis en œuvre notamment par une présence pluri professionnelle renforcée et un environnement adapté dans un périmètre sécurisé.

CHANTIER N°1 : FACILITER ET AMELIORER LES MODALITES D'ACCUEIL

OBJECTIF	ACTIONS
Garantir le respect des droits des patients	**Organiser l'élaboration et/ou l'actualisation des documents cadres de l'unité** - Elaborer le règlement intérieur de l'unité. - Mettre à jour le document indiquant les règles de fonctionnement. - Définir les modalités de mise à jour. - Mettre à jour le livret d'accueil. - Mettre à disposition des plaquettes d'information à destination des patients. - Réviser le protocole d'accueil.
Élargir les compétences professionnelles	**Former les professionnels à la législation qui encadre les hospitalisations à l'UMD :** - Organiser des cycles de formation renouvelés régulièrement auprès des équipes sur site (préciser les thèmes : droit des patients, autres…) - S'assurer que l'ensemble des actions rattachées à l'admission soient intégrées et réalisées.

CHANTIER N°2 : OPTIMISER ET PERSONNALISER LES PRISES EN SOINS EN FAVORISANT L'AUTONOMIE DU PATIENT

↳ *Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 4*

OBJECTIF	ACTIONS
Renforcer les prises en soins individualisées	**Définir les missions du référent infirmier.**
	Mettre en place un support de projet de soins individualisé adapté à l'UMD.
	Organiser la place des familles et des proches dans les prises en soin.
Garantir la qualité et	**Mener une réflexion sur la l'organisation des activités thérapeutiques et occupationnelles notamment le week-end.**

la sécurité des soins et prévenir l'épuisement professionnel	**Poursuivre la réflexion sur les alternatives à la contention et à l'isolement.**
	Mettre en place des formations spécifiques sur les troubles de la personnalité avec une théorie appliquée.
	Mettre en place des supervisions d'équipe ou de l'analyse de pratique professionnelle.
	Faire évoluer les dispositifs de sécurité au regard des nouvelles technologies et pratiques.
Faire évoluer et améliorer l'environnement des patients	**Planifier la réfection des espaces :** - Pièces de vie (chambres, salle de bain…), - bureaux de consultations, - Projet d'extension des locaux afin de disposer d'espaces d'apaisement ?
	Améliorer les conditions d'accueil - Intérieures : décoration du salon de l'accueil des familles et des zones dédiées aux patients - Extérieures : aménagement d'un abri dans la cour pour une protection de la pluie et du soleil pour permettre une ouverture plus importante sur l'extérieur, étudier les possibilités de mettre en place un panier de basket pour proposer une activité adaptée à des patients qui ont un besoin de se dépenser physiquement
	Mener une réflexion sur la possibilité de l'aménagement d'un espace différencié dans le cadre de la préparation à la sortie.

CHANTIER N°3 : PREVENIR LES RUPTURES DANS LE PARCOURS DE SOIN (A LA SORTIE, RISQUES DE RECHUTE)

Références aux objectifs stratégiques n°1, 2, 3, 5

OBJECTIF	ACTIONS
Améliorer les conditions de sortie	**Formaliser les modalités de mise en place des échanges avec le service d'origine du patient durant l'hospitalisation et au moment de la sortie**

Filière Médecine et Soins de suite et de réadaptation

Le service Henri Garnier comprend une unité de médecine de 10 lits, ainsi qu'une unité de soins de suite polyvalents d'une capacité de 15 lits. L'ensemble permet une organisation globalement satisfaisante en termes d'efficience, avec une capacité totale de 25 lits, correspondant aux seuils capacitaires d'efficience préconisés.

Sur la base du cahier des charges des Hôpitaux Locaux, l'offre de soins du service Henri Garnier porte sur une activité de médecine polyvalente à orientation gériatrique, permettant une hospitalisation en proximité pour des soins médicaux à destination d'une population âgée, ne nécessitant pas le recours à un plateau technique sur site et ne pouvant être réalisés au domicile en raison de l'isolement du patient et /ou de la perte d'autonomie. Les hospitalisations sur l'unité de médecine permettent soit d'écourter un séjour hospitalier dans un autre établissement dans une offre graduée, soit de prendre en charge, venant du domicile, un problème de santé aigu. Le patient est en proximité de son lieu de vie, avec pour objectif d'évaluer et d'organiser le retour au domicile ou en EHPAD.

En parallèle, le service de soins de suite polyvalents Henri Garnier répond à des missions de la prise en charge SSR, relevant des soins, de la rééducation et réadaptation, de la prévention et l'éducation thérapeutique, et de l'accompagnement - réinsertion.

- Le fonctionnement du service de soins de suite s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire (Médecin, Infirmier, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychomotricien, Neuropsychologue et assistante sociale) qui définit et met en œuvre les projets personnalisés des patients ;
- Il dispose d'un plateau technique dédié dont la production d'actes de rééducation réadaptation est supérieure aux moyennes régionales en SSR polyvalents. Les patients font l'objet d'une sélection rigoureuse à l'entrée selon les critères définis par la HAS et l'outil ORIS est utilisé au quotidien.

L'offre de soins du service Henri Garnier est intégrée au Projet médical Partagé du GHT du Centre Bretagne. Dans ce cadre, et plus particulièrement sur l'objectif n°1 « déployer une filière gériatrique de proximité et structurer l'offre », les équipes médicales et de soins des deux établissements mettent en œuvre des actions visant à :

- Formaliser la nature des relations avec chaque organisation ou structure susceptible d'intervenir ou de participer à la filière gériatrique,
- Apporter une réponse de proximité aux besoins de la population âgée du nord-ouest du territoire dans le cadre de la graduation des soins en médecine et post-chirurgie,
- Mettre en place une filière d'aval en médecine et en SSR entre le CHCB et le CH de Plouguernével (par voie d'avenant aux conventions existantes entre le CHCB et l'AHB pour faciliter l'accès, notamment, aux lits de médecine et de soins de suite de Plouguernével mais aussi aux lits d'EHPAD et d'USLD situés à Rostrenen, relevant de l'AHB).
- Plus largement, le partenariat prévoit également l'accès au plateau technique et consultations spécialisées du CHCB pour les patients suivis par le CH de Plouguernével ainsi que des modalités de travail facilités pour les transferts d'hospitalisation entre nos deux établissements.

Dans le cadre de l'organisation des parcours de santé des personnes âgées, les dispositifs de l'AHB sont organisés pour répondre aux enjeux de gradation de l'offre et s'inscrivent ainsi pleinement dans les orientations des filières gériatriques du territoire.

- L'AHB est membre de la filière gériatrique du territoire Loudéac-Pontivy et signataire de la convention constitutive, s'engageant à contribuer à l'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur le territoire.

- La filière a en effet pour objet de « couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique ».

- Le service Henri Garnier participe à la fluidité des parcours en articulant son offre avec le court séjour gériatrique du CHCB (ainsi, 80 patients environ sont orientés chaque année du site de Kerio vers le service de médecine soins de suite de Plouguernével) et les SSR environnants (Pontivy, Loudéac, Guémené).

- Par ailleurs, l'AHB entretient également des liens avec le CH de Carhaix, dans le cadre notamment de la filière gériatrique, et en particulier sur le parcours de soins et l'accompagnement des personnes âgées de la partie costarmoricaine du Pays COB.

L'organisation médicale du service prévoit l'intervention de 5 médecins généralistes libéraux installés à Plouguernével ou en proximité, pour le suivi de leurs patients au sein du service. Cette activité des médecins libéraux au sein du service a un rôle structurant pour l'exercice libéral sur le territoire, en proximité, et constitue un point d'attractivité pour les médecins libéraux. Elle contribue également à une meilleure articulation entre médecine de ville et hôpital, à l'interconnaissance des acteurs, et à la mutualisation des compétences médicales sur le territoire.

Ainsi, le service Henri Garnier se positionne comme un acteur de proximité dans l'organisation des parcours de soins au sein de la filière gériatrique du territoire, dans un rôle de pivot en lien avec les autres acteurs du territoire : médecins généralistes et professionnels du premier recours, intervenants au domicile, soins de courte durée des hôpitaux référents du territoire de santé, unité de soins de longue durée ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Son offre de soins, conjuguée à celle de la Résidence Keramour à Rostrenen (EHPAD, accueil de jour, PASA et USLD), distante de 5 kms et encadrée par la même équipe médicale, est assimilable à celle d'un hôpital local, avec un rôle d'acteur de proximité dans l'organisation des parcours de soins des patients, en particulier celui des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Dans le cadre d'une approche territoriale de proximité, articulée avec la médecine de ville et l'hôpital, il conviendra d'assurer et garantir une qualité et sécurité des soins auprès des patients, et notamment des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Dans le cadre du PRS, l'ARS relève que les soins de suite et réadaptation sont situés au carrefour du MCO et du retour à domicile ou entrée en institution.

- Ils participent de ce fait de manière stratégique à l'animation des filières de prise en charge. AU quotidien cela se traduit par l'orientation de patients de plus en plus tôt pour diminuer les durées de séjour MCO, avec des tableaux cliniques peu stabilisés et la nécessité parfois de trouver des solutions d'aval.
- Le secteur connaît un développement fort et suscite un intérêt croissant : les missions sont sanitaires, mais à travers un abord holistique du patient, le service rendu en SSR doit faciliter autant que possible le retour vers le lieu de vie habituel, en travaillant les aménagements nécessaires.
- Le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques, les évènements de santé invalidants, appellent à différents niveaux et en complément du soin de rééducation/réadaptation,

un accompagnement expert et ciblé en matière de réinsertion sociale, de prévention secondaire et de réduction des risques.

Sur ces bases, les objectifs retenus pour le secteur dans le cadre du PRS sont les suivants :

- Insérer l'offre SSR dans le parcours des patients de manière précoce et adaptée à leur situation. Les résultats attendus portent sur la formalisation des interfaces avec le MCO, sur le développement des liens avec le domicile et les dispositifs de coordination, ainsi que sur la promotion et externalisation de l'expertise SSR pour renforcer sa place dans le parcours de soin.
- Dans le contexte de la mise en œuvre de la dotation modulée à l'activité à compter de 2017, avec une montée en charge progressive sur 5 ans, renforcer l'efficience et la performance des unités SSR. Ce chantier comprend des résultats attendus en matière d'optimisation des organisations et plateaux techniques, de maîtrise des durées de séjour, et de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.
- Positionner le SSR dans la prévention, la perte d'autonomie dans le contexte du vieillissement, l'accompagnement des maladies chroniques.
- Contribuer aux projets médicaux de territoire, à travers une organisation territoriale de l'offre SSR, en cohérence avec les projets médicaux partagés des GHT.

Ces constats amènent à formuler 3 axes majeurs pour la filière Médecine Soins de Suite et de réadaptation pour les 5 ans à venir :

- **Organiser des prises en soin personnalisées qui favorisent l'autonomie du patient.**
- **Garantir la continuité et la sécurité des soins et prévenir les risques de rupture.**
- **Conforter le positionnement dans la filière territoriale et les filières de soins.**

En conclusion, il conviendra d'articuler le projet de médecine et de soins de suite et de réadaptation, en réponse aux besoins du parcours des patients et en tant qu'acteur de proximité pour la prévention et le repérage de la perte d'autonomie.

➲ Organiser des prises en soin personnalisées qui favorisent l'autonomie du patient et des modalités d'accès aux soins spécifiques (spécialités médicales, soins de support, éducation thérapeutique, …)

OBJECTIF	ACTIONS
Poursuivre la dynamique d'évaluation et de mise en œuvre précoce de projets thérapeutiques individualisés	La dynamique d'évaluation prend tout son sens lorsqu'elle permet la mise en place d'un projet individualisé précoce et adapté aux conditions de vie des personnes (lieu de vie, dimension familiale, temporalité des troubles et des déficits). L'intervention précoce peut permettre d'enrayer l'évolution de certaines pathologies et diminuer leurs conséquences, de même qu'éviter l'installation de troubles secondaires à la pathologie initiale. • Elaborer et évaluer les projets dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire intégrant les dimensions suivantes : situation et évolution clinique, (re)définition des objectifs de la prise en charge, projet de sortie, travail et lien avec les familles, • Consolider les liens et retours d'information de ces projets auprès des médecins traitants intervenant dans la prise en charge et les partenaires extérieurs, • L'association, la participation des patients à toutes les étapes des programmes ou actions (élaboration, déroulement, évaluation) constitue une des conditions de réussite.
Améliorer la prévention et le dépistage des risques de perte d'autonomie	**Intégrer la prévention de la perte d'autonomie au projet de soins** • Renforcer les projets rééducatifs dédiés au maintien et/ou à la récupération de l'autonomie fonctionnelle et cognitive, à travers un accompagnement et un programme à forte composante gériatrique. • Poursuivre et systématiser la définition d'objectifs de prévention de perte d'autonomie dans le cadre des projets individuels, afin de limiter l'évolution de la perte d'autonomie et d'éviter les rechutes. • Systématiser et formaliser des évaluations à l'admission puis à échéances régulières pour repérer les risques de perte d'autonomie, et apporter réponse, notamment sur les thématiques de dénutrition et risque de chute • Assurer la traçabilité des évaluations et le partage d'information entre professionnels (transmissions quotidiennes, temps de synthèse hebdomadaires).
Promouvoir et structurer l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique et aux actions d'éducation à la santé	**Promouvoir l'ETP au sein du service** • La promotion de l'éducation thérapeutique doit s'inscrire dans le respect du libre choix des patients, afin de favoriser leur appropriation. • Assurer une communication des programmes existants auprès des professionnels et des patients. • Orienter les patients vers les programmes d'ETP autorisés, en particulier des CH de Pontivy, Carhaix, Saint-Brieuc, Morlaix, Guingamp. • L'inclusion dans les programmes d'éducation thérapeutique comprend également une dimension propre aux aidants, et à leurs difficultés.

OBJECTIF	ACTIONS
Promouvoir et structurer l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique et aux actions d'éducation à la santé	**Structurer une réflexion autour de l'éducation à la santé** • Formaliser un plan d'action pour l'éducation à la santé en particulier sur : - Le risque médicamenteux, en lien avec la pharmacie interne, - La nutrition, - Les anticoagulants. • Assurer la traçabilité de ces actions et leur évaluation.
Renforcer et consolider l'accès aux soins de support	• Structurer la mobilisation des ressources internes en matière de prise en charge de la douleur, de diététique, d'aide sociale. • Formaliser et consolider la prise en charge des soins palliatifs en lien avec le réseau territorial et les associations de bénévoles (JALMALV, …).
Valoriser l'activité de rééducation et réadaptation	• Optimiser l'organisation du plateau technique en lien avec les ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychomotriciens, afin de développer l'accès pour les patients. • Valoriser l'activité de rééducation et réadaptation des professionnels (ergothérapeute, psychomotricien, neuropsychologue, IDE), en optimisant le codage des actes. • Former l'équipe médicale et paramédicale au codage et déployer des systèmes d'information adaptés aux nouveaux enjeux du SSR, pour la production de données de qualité avec la mise en place de la DMA. • Optimiser nos pratiques de soins au regard des indicateurs de suivi de la Dotation Modulée à l'Activité (DMA) et du PMSI SSR. • Maîtriser les durées de séjour en veillant à garantir la qualité et la sécurité des soins. • Optimiser l'outil commun d'adressage ORIS, qui prend en compte les projets thérapeutiques des patients et permet aux acteurs de répondre au mieux à leurs missions, avec des délais de réponse aux demandes réduits. • Développer les visites à domiciles des ergothérapeutes. • Pérenniser le fonctionnement du plateau technique de rééducation en anticipant la succession de la kinésithérapeute.

➲ Garantir la continuité et la sécurité des soins et prévenir les risques de rupture

OBJECTIF	ACTIONS
Sécuriser la couverture médicale du SMSS	**Conforter les ressources médicales** • Stabiliser les effectifs médicaux affectés sur le service et mettre en œuvre les formations médicales nécessaires. • Dans le contexte d'une démographie médicale instable sur le territoire, promouvoir l'offre de soins du service Henri Garnier en proximité (Rostrenen, Maël-Carhaix, …) afin de pérenniser : - l'orientation des patients, - l'intervention des médecins libéraux au sein du service. • Renforcer les coopérations avec les médecins libéraux du secteur dans le cadre de la future MSP/PSP de Rostrenen. Ce projet porte des enjeux majeurs en termes de structuration de l'exercice libéral sur le territoire et d'attractivité pour les médecins libéraux.
	Améliorer et optimiser la permanence des soins • Réviser le système d'astreinte généraliste sur les périodes sensibles (week-end en particulier). • Formaliser les modalités de recours et d'intervention du SMUR / médecins de garde libéraux / régulation SAMU. • Améliorer la permanence des soins pharmaceutiques et l'accès à la pharmacie interne.
Consolider l'accès aux soins de spécialités et aux avis spécialisés	• Pérenniser la présence d'un cardiologue dans le service sous la forme de vacations hebdomadaires (cet objectif est inscrit dans le plan d'action du PMP du GHT). • Formaliser le recours aux correspondants hospitaliers pour les avis spécialisés, dont en particulier : - Service de médecine polyvalente du CHCB de Pontivy (cancérologie, gastro entérologie), - Service de cardiologie et pneumologie CHCB Pontivy, - Service SSR polyvalents de Pontivy pour les transfusions, - Service de neurogériatrie de Carhaix, - Services chirurgicaux dans le cadre de suivis post-opératoires.

OBJECTIF	ACTIONS
Optimiser les modalités de préparation à la sortie	**Favoriser et étayer le retour à domicile** La réinsertion vise à apporter une réelle autonomie au patient, dans sa vie familiale et social, afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie antérieures. Le travail réalisé avec la personne et ses aidants dans le cadre du projet personnalisé, devant des évolutions inéluctables notamment avec le vieillissement, doit permettre de réduire l'impact des pathologies sur les capacités fonctionnelles, sur la longévité et la qualité de vie du patient. Tous les éléments susceptibles de causer la perte d'autonomie, incluant notamment le social et l'environnement, entre également dans le cadre des projets personnalisés • Développer l'intervention des ergothérapeutes au domicile des patients dans le cadre de la préparation à la sortie, • Poursuivre les rencontres régulières et programmées avec les familles et ou représentants légaux pour évaluer les conditions du retour à domicile et les éventuelles mesures à mettre en œuvre (aménagements, mises en place d'aides nécessaires au projet de vie…), • Développer le périmètre des actions sociales, qui peuvent par exemple porter sur la lutte contre l'isolement, ou inclure des ateliers médico-sociaux. Les interventions de l'assistante sociale du service porte à ce jour essentiellement sur la gestion administrative et sociale des aides (contacts avec les organismes de couverture des soins et de la dépendance pour les aides au domicile qui sont nécessaires …) • Formaliser l'association des partenaires intervenants à domicile (comités d'entraide, SSIAD IDE, AS, cabinets infirmiers,…) pour organiser le retour à domicile et en définir les modalités (réunions partenariales, élaboration d'un plan d'aide partagé, visite des intervenants au sein du service, …)
	Faciliter les démarches d'orientation vers des structures de soins ou médico-sociales en fonction des besoins des patients • Formaliser un partenariat existant avec les structures sanitaires et médico-sociales au vu des besoins des patients • Prévoir des facilités d'orientation vers les établissements médico-sociaux du secteur, type EHPAD ou des structures spécifiques, type SSR spécialisés. • Développer les liens avec les dispositifs de coordination du secteur (MAIA Pays COB, Pondiclic en particulier).
	Structurer et optimiser le passage de relais • Structurer le partage d'informations avec ces structures pour la continuité du parcours du patient (lettre de liaison, réunion de synthèse, …) • S'inscrire dans une dynamique d'appropriation des outils de partage d'informations (DMP, outils d'évaluation, …)

➲ Renforcer notre positionnement dans la filière de soins du territoire et des secteurs voisins

OBJECTIF	ACTIONS
Mettre en place une filière d'aval en médecine et en SSR avec le CHCB dans le cadre du projet médical partagé du GHT	**Poursuivre notre implication au sein du PMP du GHT et de la filière gériatrique du territoire** • Intégrer l'offre SSR territoriale à toutes les filières du PMP. Ainsi, le service Henri Garnier est intégré à l'organisation graduée de l'offre de soins proposée par le PMP, en particulier sur la filière gériatrique. Il s'agit à la fois de : • Diffuser à l'ensemble des professionnels du parcours de soin une culture SSR, • Apporter une réponse de proximité aux besoins de la population âgée du nord-ouest du territoire dans le cadre de la graduation des soins en médecine et soins de suite. • Clarifier et faire connaître les critères d'admission en SSR (projet thérapeutique) et en médecine et critères de proximité. • Conclure un avenant aux conventions existantes entre le CHCB et l'AHB pour faciliter l'accès aux lits de médecine et de soins de suite de Plouguernével, et de formaliser des procédures et indicateurs de mouvements.
Structurer les interfaces avec les autres acteurs de soin et de l'accompagnement, **Renforcer les liens avec les acteurs des filières**	**Avec le CH de Carhaix et les services du CHCB** (cancérologie, AVC, court séjour gériatrique …), en particulier sur : • Le recours aux avis et consultations spécialisés ; l'accès aux plateaux techniques et de transferts en cas de nécessité d'hospitalisation, • Les sorties d'hospitalisations des centres hospitaliers généraux, • Les admissions des patients du SMSS en SSR spécialisés, • Les critères d'orientation des patients entre les établissements.
	Avec les professionnels de premier recours en particulier sur : • La poursuite des actions de communication sur l'offre du SMSS et les critères d'orientation, • La formalisation des collaborations avec les Maisons et Pôles de santé, • La participation des médecins libéraux à l'activité médicale du service, dans le cadre du suivi des projets thérapeutiques de leurs patients.

OBJECTIF	ACTIONS
Structurer les interfaces avec les autres acteurs de soin et de l'accompagnement, **Renforcer les liens avec les acteurs des filières**	**Avec les acteurs de santé et médico-sociaux du territoire pour la préparation à la sortie et pour la mise en place de programmes de rééducation réadaptation, avec notamment :** • Les dispositifs d'aide et de soins à domicile (SAAD, SSIAD, …), • Les structures médico-sociales (EHPAD, …), • Les dispositifs de coordination (MAIA, PTA) pour lesquelles le territoire Centre Bretagne est en attente d'un calendrier de mise en œuvre. Il est à noter que les liens avec ces dispositifs peuvent également permettre de recourir plus facilement à un avis SSR et / ou à une hospitalisation, notamment en matière d'évaluation du potentiel rééducatif ou d'élaboration d'un programme de rééducation- réadaptation.
	Avec les établissements de santé du département des Côtes d'Armor (Centres Hospitaliers de Saint-Brieuc et Guingamp, Hôpital Privé des Côtes d'Armor à Plérin), sur la promotion de l'offre SSR du service, pour les patients originaires du Centre Ouest Bretagne.

VIII. Thématiques spécifiques

A. Les droits des patients

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment le respect de l'intégrité et de la dignité de la personne, la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne de plus l'importance du consentement en droit de la santé, et l'obligation de respect des libertés individuelles (art 34 de la constitution).

Le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins, en particulier sur son orientation d'adaptation des prestations de soins aux besoins et attentes des usagers. La certification constitue un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La bientraitance est une démarche globale d'accompagnement de l'usager et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance.

Le dispositif législatif qui régit les relations entre les usagers et du système de soins et les établissements de santé combine des normes générales (droit administratif général, libertés fondamentales) et les normes spécifiques du droit de la santé ; il comprend les principaux droits suivants :

- Le consentement aux soins,
- Le droit au respect de la dignité et de l'intégrité,
- Le droit au respect des opinions philosophiques et religieuses,
- Le principe d'égalité et de non-discrimination,
- Le droit au respect de la vie privée (secret médical, respect de l'intimité, sexualité à l'hôpital)
- La liberté d'aller et venir (et restrictions prévues par la loi dans le cadre des soins sous contrainte),
- L'information du patient (sur l'état de santé, sur les soins, sur les coûts, accès au dossier médical),
- La qualité des soins (prise en charge de la douleur, accès aux soins palliatifs).

En l'absence de cadre juridique spécifique à la psychiatrie, la réflexion de l'établissement et des équipes s'inscrit dans le cadre d'une « discrimination positive » en faveur des personnes vulnérables.

❖ **L'AHB inscrit le respect des droits des usagers et la promotion de la bientraitance dans les orientations stratégiques de l'Association.**

Le premier objectif stratégique du projet d'établissement 2018-2022 du CH de Plouguernével est de « **permettre au patient d'être acteur de ses soins et promouvoir les droits des patients et la place des usagers** ». Afin de garantir le respect des droits des usagers, l'Association Hospitalière de Bretagne met en œuvre une démarche globale, s'appuyant sur les moyens suivants :

- L'implication des instances, en particulier la Commission des Usagers, mais également la CME, la COVIRIS, le Conseil d'Administration et l'espace Ethique.
    - *La Commission des usagers, dont la composition comprend des représentants des usagers et médiateurs, apprécie à partir de multiples sources d'information les pratiques de l'établissement concernant le respect des droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Elle*

préconise également des recommandations dont la mise en œuvre est évaluée d'une année sur l'autre. Ses missions sont connues des professionnels et des patients.

- *La CME est en charge de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de son suivi.*
- *L'Espace Ethique vise à donner du sens aux pratiques, à aider, à soutenir, éclairer les positionnements professionnels dans le respect de la réglementation. Pour ce faire, il identifie les problèmes éthiques rencontrés dans les établissements de l'AHB, favorise la réflexion, le conseil, la pédagogie, produit des avis, soutient la démarche éthique des professionnels et favorise une culture de partage des pratiques.*

❖ **Des réflexions structurées sur :**

- La démarche de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance : elle vise à mieux prendre en compte les besoins des personnes malades et de leurs proches, et à développer des actions concrètes qui rendent plus effective l'expression des usagers et la mise en œuvre des droits des patients, en particulier sur le respect de l'intégrité et de la dignité des personnes, et de la confidentialité des informations les concernant.
  - *Les actions de formation et de sensibilisation des personnels sont essentielles,*
  - *Il en est de même pour la prévention et le dépistage de la maltraitance, qui doivent déboucher sur une recherche active d'actions d'amélioration, et conduire à porter un regard sur les organisations et les pratiques quotidiennes.*
- Les mesures de restriction de liberté, intégrant la conciliation des principes de liberté et de sécurité, mais aussi de bientraitance et de respect de la dignité du patient, font l'objet d'une réflexion menée au plan institutionnel et déclinée au niveau des pratiques médicales et soignantes.
  - *Le dispositif d'hospitalisation sans consentement est structuré : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, réflexion bénéfice-risque concertée au sein des équipes et intégrée dans le projet de soins personnalisé, formation des professionnels, évaluation*
  - *Dans tous les cas, les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale, écrite, réévaluée à périodicité définie.*
  - *Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, autorité indépendante, est chargé de s'assurer que la dignité et les droits fondamentaux des malades hospitalisés sans leur consentement sont respectés. Ses recommandations faisant suite à des visites sont prises en compte.*
- L'information du patient sur son état de santé, sur les soins proposés, et le recueil du consentement :
  - *L'information et la recherche du consentement du patient ou de sa famille, à toutes les étapes de sa prise en charge, font l'objet d'une organisation définie au niveau des unités de soins (entretiens, coordination entre les professionnels), dans le respect du principe de confidentialité des informations. Elle est adaptée aux facultés de compréhension et de discernement.*
  - *L'accès pour le patient à des ressources d'information extérieures à la situation de soins est facilité.*
  - *L'AHB développe également une démarche structurée d'information en cas de dommages liés aux soins.*
  - *L'établissement mène en continu des réflexions en vue d'améliorer, d'adapter et de personnaliser les prises en soin de chaque patient, en privilégiant un positionnement éthique et bienveillant. En effet, favoriser la participation du patient facilite la définition des besoins et des objectifs de prise en soin.*

- *Il convient donc d'assurer une prise en soins par une écoute attentive et sécurisante et un accompagnement personnalisé, ainsi qu'aider et stimuler le patient dans l'élaboration de son projet de soins individualisé.*

- Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient :
  - *L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.*
  - *Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.*
- Le respect de la dignité et de l'intimité du patient :
  - *L'aménagement des unités de soins est configuré afin de permettre le respect de la dignité et de l'intimité des patients,*
  - *Les soins y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.*
- L'accueil et l'accompagnement de de l'entourage :
  - *L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité pour l'entourage, y compris sur les unités d'hospitalisation sans consentement et UMD, avec la mise à disposition de locaux dédiés à cet accueil, et de supports d'information sur les hébergements et moyens de transport existant sur le territoire.*
  - *Une réflexion sur la place des familles est intégrée au projet d'établissement (partenariat UNAFAM, formation des proches…).*

❖ **Le respect des droits et de la satisfaction des patients et de leur entourage font l'objet d'une évaluation périodique dans le cadre d'un dispositif structuré (CDU, COVIRIS, services de soins) comprenant des indicateurs suivis dans le temps.**

Concrètement, la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels existe depuis plusieurs années. Des actions très diverses visant tous les aspects de la vie des personnes prises en soins dans les établissements de l'AHB, y compris les aspects les plus quotidiens et "ordinaires" sont développées. On peut citer en exemples :

- Un accueil individualisé, comportant l'apport d'informations utiles (orales et écrites) et recensant les coordonnées des personnes à prévenir et personne de confiance,
- Le recueil des besoins des patients et résidents avec une anticipation des réponses dès que possible (régime alimentaire, dispositifs médicaux, médicaments…),
- Des équipes pluri-professionnelles formées, partageant les données « patient » de façon fiable et confidentielle,
- Des travaux sur les locaux visant le confort, l'isolation phonique, le respect de l'intimité,
- L'accès à des services annexes : cafétéria, centre de documentation…

En 2016/2017, une identification des risques principaux sur la thématique « Droits des patients » a été effectuée par un groupe de travail. Connaître les risques, lister les mesures préventives déjà existantes et mesurer leur criticité résiduelle permet ensuite de définir quelles mesures d'amélioration l'AHB devra mener. Les principaux risques identifiés sont les suivants :

- Problématique des chambres doubles (risques de non-respect de l'intimité des patients) : L'offre actuelle comprend 1 chambre double à l'USLD, 2 à l'Avancée
- Risques liés à certains bâtiments pas encore rénovés :

- insonorisation insuffisante de certains locaux (confidentialité des échanges soignants/soignés non respectée)
- accessibilité handicap non possible dans certains lieux
- Manque de salons famille dans quelques unités

- Limitation du droit de visite les week-ends à l'UMD (l'organisation actuelle prévoit 1 visite possible le WE et 2 par jour en semaine)
- Risques de non-respect des droits des usagers :
  - en raison d'un manque de formation ou de sensibilisation des équipes à la bientraitance (exemple : entrer dans une chambre sans frapper, tutoyer les patients...),
  - en raison de protocoles de soins pouvant être liberticides.
- Risque de maintien non pertinent en soins sans consentement
- Risque de recours non pertinent aux pratiques d'isolement et de contention
- Exposition à des risques de non-respect des droits du patient, en lien avec sa vulnérabilité (vie sexuelle et affective, pression, vol…)
- Risque de diffusion d'informations personnelles à des personnes non habilitées

Le plan d'actions 2018-2022 sur la thématique « Droits des patients » est le suivant :

OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEURS
Respecter l'intimité des patients	Tendre vers des chambres individuelles	2018-2022	Nombre de chambres doubles
	Permettre aux patients de fermer leur chambre à clé, à leur initiative, tout en permettant l'accès aux soignants	2022	Taux de chambres équipées
Améliorer les conditions d'accueil des patients	Mettre en œuvre les plans de travaux améliorant la qualité d'accueil (accessibilité handicap, insonorisation, adaptation des salles de bain…)	2018-2022	Suivi du plan de travaux
	Restructurer les espaces d'accueil en vue d'améliorer l'accueil et l'information aux patients	2018 - 2019	Disponibilité de l'espace-accueil Documentation disponible
	Evaluer et ajuster l'organisation pour permettre et développer les visites aux patients de l'UMD le WE	2017-2018	Evolution du nombre de visite le WE
Améliorer le lien avec l'entourage des patients	Dédier des locaux sur le CH pour l'accueil des familles (il n'y a pas de salon famille dans toutes les unités) et questionner les conditions de visites des enfants	2017-2018	Salon famille disponible Conditions d'accueil des enfants formalisées
	Etudier la faisabilité de mettre en œuvre les entretiens Patient/proche via des outils de type 'Skype' à l'UMD	2018	Outil opérationnel à l'UMD

	Promouvoir un support d'information à destination des familles sur les hébergements et moyens de transport existant sur le territoire (CH-UMD) et en assurer la diffusion et l'actualisation	2018 - 2022	Support formalisé et diffusé
Veiller à la pertinence des mesures de restriction de liberté	Mettre en œuvre les préconisations formulées dans le cadre de l'EPP « Pertinence du maintien des soins sans consentement en hospitalisation complète et programme de soins	2017-2019	Compte-rendu EPP
Former les professionnels en continu	Développer des formations à la bientraitance des usagers et à la prévention de la maltraitance	En continu	Bilan de formation
	Structurer un processus de sensibilisation et de formation des équipes aux droits des patients, et en particulier sur les soins sans consentement	En continu	Nombre d'actions de sensibilisation/formation Bilan de formation
	Adapter la formation « Vie sexuelle et affective » qui a été mise en œuvre dans le médico-social au secteur sanitaire	2018	Bilan de formation
Améliorer l'information donnée aux patients sur ses droits	Organiser un temps collectif d'information des patients (présentation du livret d'accueil, règlement intérieur…) dans toutes les unités	2017-2018	Rapport d'activités
	Améliorer l'information du patient au sujet de ses droits : Envisager la mise en place du jeu « histoire de droit » de l'association Psy Com	2017-2018	Rapport d'activités
	Revoir les modalités de communication des droits aux patients (supports, …)	2018-2019	Procédure Soins sans consentement Supports utilisés
	Evaluer et ajuster les procédures relatives aux modalités de communication des droits et voies de recours aux patients en soins sans consentement (remise des notifications aux patients, …)	2018-2019	Supports utilisés Tableaux de bord

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action sera effectué par la CDU.

B. La politique de l'établissement en matière d'isolement et de contention

Les pratiques de restriction de liberté en établissement hospitalier autorisé en psychiatrie sont encadrées par des textes législatifs et réglementaires. L'article 72 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé introduit au sein du code de la santé publique l'article L.3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques.

Touchant aux domaines des libertés publiques et des droits fondamentaux, les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie font l'objet de recommandations et de démarches qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par la Haute Autorité de Santé.

Ces pratiques s'inscrivent dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et comprenant de nombreux aspects : une décision, un accompagnement humain, une délivrance de soins, et une surveillance professionnelle de proximité.

La CME fait de la réduction des pratiques de contention et d'isolement au strict minimum un axe fort de sa politique de qualité et de sécurité des soins. Cet axe fait l'objet d'un volet spécifique de son projet médical.

Sur la base du registre prévu par la loi, le CH de Plouguernével établit annuellement en lien avec la CME un rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, et la politique qu'il définit et met en œuvre pour en limiter le recours. Ce rapport est transmis à la Commission des usagers, au comité d'éthique, et au conseil d'administration pour avis, ainsi qu'à l'ARS pour une analyse régionale de ces pratiques.

En matière d'**isolement et de contention**, les **objectifs** du CH de Plouguernével sont de dispenser un **soin adapté** (respect des indications, pratique de dernier recours, durée limitée), répondant aux **recommandations de bonnes pratiques** (information du patient, modalités de mise en œuvre, formation des professionnels…), offrant un **cadre sécurisant** (qualité des CSI, qualité du matériel de contention, respect de la dignité, de l'intimité…) et intégrant **une réflexion** à l'issue du soin avec le patient et l'équipe soignante (vécu du patient, pertinence du soin…).

Pour atteindre cet objectif, voici les moyens déployés :

- Une équipe médicale : médecins psychiatre référent des unités / médecin de garde / médecin psychiatre d'astreinte et soignante : infirmiers, aides-soignants, agents des services logistique (pour l'entretien de la CSI)
- Des formations et sensibilisation (sur la contention, sur la prévention de la violence (OMEGA), sur les recommandations HAS
- Des dispositifs (9 chambres de soins intensifs et des kits de contention) :
  - 4 à l'UMD : 2 à l'unité 1 et 2 à l'unité 2
  - 2 à l'unité Segal
  - 1 à l'unité Gauguin
  - 1 à l'unité Matisse
  - 1 à l'unité Pissarro
- Une procédure générale O6-PG-01 « Isolement et contention en psychiatrie générale » et des documents associés :
  - DP 36 : « Prescription isolement et/ou contention »
  - DP 37 : « Fiche de surveillance et de soins Isolement et/ou contention »
  - A4-FOR-05 : Registre « Isolement / Contention »
  - S3-FOR-02 : Fiche de traçabilité « Hygiène de la chambre d'isolement »
- Suivi des pratiques d'isolement et de contention présenté à chaque CME (indicateur de suivi)
- Des audits internes par la Direction qualité, sécurité et gestion des risques
- Une réflexion permanente sur ces pratiques par la CME et l'encadrement : responsable des unités de soins, cadres de soin, direction des soins, espace éthique, CDU

Une politique écrite « Isolement et contention », reprenant ces éléments de manière plus détaillée a été validée par la CME et la CDU en juin 2017. Elle est accessible sur Blue Medi.

Le plan d'actions 2018-2022 sur la thématique « Isolement et contention » est le suivant :

OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEURS
Veiller à la pertinence des pratiques d'isolement et de contention	Revoir les procédures isolement et contention en tenant compte des recommandations HAS et vérifier leur application	2017-2018	Procédure actualisée Rapport d'audit
	Mettre en œuvre, évaluer et ajuster la politique « Isolement et contention » de l'établissement pour en limiter le recours	2017	Politique isolement et contention formalisée et accessible sur Blue Medi (réalisé)
	Former les professionnels à l'utilisation des dispositifs de contention et d'isolement	En continu	Bilan de formation
	Evaluer le recours aux pratiques d'isolement et de contention (registre)	En continu	Analyse des registres isolement et contention
Réfléchir à des alternatives aux pratiques d'isolement et de contention	Organiser un groupe de travail au sein de l'UMD afin de définir les recours possibles, alternatifs à la CSI et contention	2017-2018	Compte-rendu
	Organiser un groupe de travail au CH pour réfléchir sur la création et le fonctionnement d'espaces d'apaisement dans les unités d'hospitalisation comme alternative à l'isolement et à la contention	2018-2022	Compte-rendu

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action sera effectué par la CME.

C. Le projet de soins somatiques (dont l'accès aux soins de spécialité, l'imagerie et la biologie)

1. CONTEXTE GENERAL

L'association de troubles psychiatriques et somatiques peut correspondre à des situations variées :

- les symptômes psychiatriques peuvent être l'expression d'une pathologie somatique sous-jacente (atteinte cérébrale vasculaire, tumorale ou infectieuse ou modalité évolutive d'affections diverses). C'est pourquoi un examen médical doit toujours être réalisé, notamment à l'admission d'un patient en hospitalisation.
- un même patient peut présenter une pathologie psychiatrique et une pathologie somatique, là encore les investigations médicales devront envisager cette comorbidité. Par ailleurs, l'évolution d'une pathologie mentale peut amener un patient à prendre certains risques dans le champ somatique (alimentation, usage de toxiques) ou à ne pas réaliser d'éventuels soins nécessaires. La maladie mentale peut masquer ou modifier l'expression de certains symptômes (douleur).
- les traitements administrés (psychotropes) vont occasionner des effets secondaires ou modifier certains fonctionnements métaboliques. Ils augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires, de diabète et d'obésité, de chute.

Depuis plusieurs années, les professionnels insistent sur le besoin de meilleure prise en compte de la dimension somatique des soins à apporter en psychiatrie. L'association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale y contribue et organise un congrès annuel auquel assistent des professionnels de l'AHB.

En effet, la surmortalité des personnes vivant avec des maladies psychiques a été démontrée par de nombreuses études. Les maladies cardio-vasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques. Par exemple, une personne schizophrène ou bipolaire aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire que la population générale.

De même, le risque de mort prématurée dépend de nombreux facteurs plus ou moins associés : le tabagisme, le régime alimentaire, l'obésité, le diabète, les effets indésirables des médicaments psychotropes, le manque d'exercice, mais aussi la pauvreté et un réseau social peu développée. A ces facteurs, on peut ajouter des facteurs de risque non modifiables, tels que l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et personnels.

De plus, les nombreux obstacles à l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques ont aussi un impact sur leur mortalité (source : OMS 2015).

Afin d'apporter une réponse thérapeutique globale de qualité, **une coordination efficace** entre psychiatres et somaticiens, psychiatrie et médecine de ville, est indispensable.

Ainsi, sont identifiés les **points de vigilance** suivants :

❖ Les difficultés d'accès aux soins somatiques

Les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques, s'expliquent par de nombreux facteurs, liés l'expression de ces troubles et impliquant l'organisation du système de soins.

❖ Des troubles psychiques qui cachent les troubles somatiques

Certains troubles psychiques, les idées délirantes, le déni de la maladie, les troubles de la perception et du cours de la pensée, conduisent parfois la personne à négliger des symptômes physiques. Parfois, une altération du schéma corporel ou une plus grande tolérance à la douleur gênent la perception des symptômes somatiques. Par ailleurs, les modifications du comportement social, les troubles cognitifs, le repli sur soi et l'isolement social sont autant d'obstacles à des soins médicaux appropriés.

❖ **Une prévention insuffisante**

Les actes de prévention et de dépistage sont en général moins développés pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, que ce soit en psychiatrie ou en médecine de ville. D'une manière générale, certains troubles du comportement sont insuffisamment pris en compte et le suivi somatique gagnerait à être renforcé lors des hospitalisations en service de psychiatrie.

❖ **Une coordination parfois difficile entre soins somatiques et psychiatriques**

Plusieurs études ont démontré des ruptures dans la continuité des soins et des parcours de vie de personnes fragilisées par la pathologie psychiatrique sous l'effet de deux tendances :

- Des difficultés de coordination entre les soins médicaux de ville et les soins psychiatriques, du fait notamment de l'absence de médecin traitant pour certains patients suivis et d'un manque d'information des médecins traitants sur les soins psychiatriques (traitements de leurs patients, …),
- Des disparités d'organisation et de prise en comptes des soins somatiques dans les services psychiatriques.

Fort de ces constats, deux décrets du 20 juillet 2016 viennent renforcer la nécessité d'assurer une continuité des soins entre les différents professionnels (santé, social, médico-social) intervenant auprès d'un patient. Ils précisent les catégories de professionnels du champ social et médico-social habilitées à échanger et à partager avec les professionnels de santé ainsi que les modalités de cet échange et de ce partage. Ils prévoient également la mise en place d'une lettre de liaison remise au médecin traitant par le médecin de l'hôpital et classée dans le dossier médical du patient.

2. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE A L'AHB

Compte tenu de ce contexte général et au vu des points de vigilance, l'AHB définit le projet de prise en charge suivant :

❖ **Objectif général** : Garantir aux personnes souffrant de troubles psychiques un suivi somatique adapté à leurs besoins, tenant compte de leurs particularités et des facteurs de risque. La finalité de cette prise en charge somatique est d'améliorer la sécurité, la qualité de vie et la santé globale de la personne.

Le plan d'actions 2018-2022 sur la thématique « Prise en charge somatique » est le suivant :

OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEURS
Dépister les personnes à risque	Prendre en compte les facteurs de risque médicaux, comportementaux, génétiques et environnementaux (précarité, isolement social…)	En continu	Consultation somatiques Examens complémentaires Dossier patient
	Améliorer la prise en compte des facteurs comportementaux (hygiène alimentaire, les addictions et l'activité sportive)	2018-2022	Rapport d'activité des unités et établissements
Evaluer et prendre en compte le risque métabolique et cardio-vasculaire	Evaluer le risque métabolique et cardio-vasculaire (entretien clinique, examen physique, examens complémentaires si nécessaire)	En continu	Consultation somatiques Examens complémentaires Dossier patient
	Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé à la personne, selon les résultats du suivi somatique et les facteurs de risque identifiés Assurer la traçabilité des actions et programmer des évaluations régulières	2018-2022	Rapport d'activité des unités et établissements

OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEURS
Evaluer et prendre en compte le risque métabolique et cardio-vasculaire	Déployer une politique spécifique autour de l'alimentation via : • Une réflexion conjointe avec la cafétéria, • Un accompagnement individuel et des consultations dédiées, • Des sessions d'informations collectives et ateliers « équilibre » • L'implication de l'espace éthique sur cette thématique	2018-2022	Rapports d'activité Dossier patient
Assurer une meilleure coordination du parcours de santé de la personne	Développer un travail en réseau avec tous les partenaires concernés par la continuité des soins somatiques et psychiques (notamment entre psychiatres et médecins somaticiens /entre services de psychiatrie et médecine de ville)	2018-2022	Conventions Partenariats Lettre de liaison
	Réfléchir à la mutualisation des parties somatiques et psychiatriques dans les documents de liaison (lettres de liaison, compte-rendu d'hospitalisation, ordonnances de sortie …) en lien avec la CME	2018-2022	Edition des documents
	Assurer une coopération efficace avec les prestataires/partenaires assurant nos examens d'imagerie et d'analyses biologiques	2018-2022	Conventions Courriers médicaux Evaluations des prestations
	Réfléchir à une structuration transversale, type plateau technique des soins somatiques en lien avec l'expérimentation et le développement des pratiques psychocorporelles	2018-2022	Sessions de formations Rapports d'activité
Assurer une meilleure coordination du parcours de santé de la personne	Optimiser l'évaluation somatique au sein des services d'urgence et recherche d'un avis médical en amont de l'hospitalisation	2018-2022	Conventions Dossiers patient
	Développer les outils d'échanges d'information avec les partenaires extérieurs et questionner les modalités de transmission de l'information médicale sous forme dématérialisée (messagerie sécurisée, DMP, …) en amont et en aval des hospitalisations	2018-2022	Effectivité des outils
	Favoriser l'accès aux plateaux techniques spécialisés (vacation cardiologue, …) et intégrer les dispositifs spécifiques (réseau Soins Dentaires Spécifiques, consultations dédiées,…)	2018-2022	Conventions Volume de consultations

D. La prise en charge de la douleur

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. Au sein d'un établissement de santé, l'organisation de la prise en charge de la douleur doit veiller à mettre en œuvre les 4 axes du programme national de lutte contre la douleur :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables ;
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé ;
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier les douleurs chroniques dites rebelles.

Afin de répondre au programme national de lutte contre la douleur, l'AHB a fait le choix de constituer un CLUD (comité de lutte contre la douleur), positionné comme une sous-commission de la CME. Ainsi, il relève des prérogatives de la CME de développer des actions en lien avec le programme national, actions dont la CME confie la mise en œuvre et le suivi au CLUD.

Un rapport annuel d'activité et un programme d'actions sont établis en début d'année et proposés pour validation en CME.

Le CLUD s'attache à répondre aux critères de la HAS dont les objectifs sont :

- de favoriser le développement d'une formation qui permet aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients ;
- d'inciter l'établissement à s'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient ;
- de favoriser l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë et/ou chronique, physique ou psychique en veillant notamment à :
    - repérer les patients présentant une douleur,
    - mettre les protocoles à disposition des équipes de soins,
    - améliorer la mise à disposition des outils d'évaluation,
    - rendre effective l'utilisation des différents outils.

L'indicateur HAS "Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)" qui évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient est mesuré dans les services relevant de son périmètre (médecine, SSR) et aussi dans les services de psychiatrie.

En 2016/2017, une identification des risques principaux sur la thématique « Prise en charge de la douleur » a été effectuée par le CLUD. Connaître les risques, lister les mesures préventives déjà existantes et mesurer leur criticité résiduelle permet ensuite de définir quelles mesures d'amélioration l'AHB devra mener. Les principaux risques identifiés sont les suivants :

- Défaut de traçabilité de l'évaluation (et réévaluation) de la douleur
- Défaut d'actions d'éducation thérapeutique en lien avec le soulagement de la douleur
- Manque de proposition alternative à la prise en charge médicamenteuse (méthodes psychocorporelles)
- Défaut d'approvisionnement de médicament ou dispositifs médicaux spécifiques à la prise en charge de la douleur aigüe
- Risque de défaut de formation des professionnels sur la prise en charge de la douleur

Le plan d'actions 2018-2022 sur la thématique « Prise en charge de la douleur » est le suivant :

OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEURS
Favoriser le développement d'une formation qui permet aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients	Poursuivre la formation des professionnels sur l'évaluation et le soulagement de la douleur / Sensibiliser les équipes sur l'évaluation de la douleur : ▪ organisation d'une conférence tous les 2 ans ▪ participer au colloque annuel « soins somatiques et douleur en santé mentale » ▪ sensibilisation des professionnels par les travaux du CLUD	2018-2022	Bilan de formation Bilan du CLUD
	Mettre à disposition des documents et DVD concernant la douleur en santé mentale au centre de documentation du CH	2017-2018	Offre du Centre de Documentation
S'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient	Participer aux inter-CLUD régionaux ainsi qu'aux séminaires et temps d'échanges territoriaux et régionaux	En continu	Compte-rendu Bilan du CLUD
Favoriser l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë et/ou chronique, physique ou psychique	Suivre les résultats de l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)"	Tous les 2 ans	Score TRD
	Promouvoir l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur adaptée à la pédopsychiatrie	2017-2018	Echelle opérationnelle
	Étendre l'utilisation du MEOPA à d'autres unités ou établissements potentiellement concernés / Poursuivre la formation des équipes à l'utilisation du MEOPA	2018-2022	Bilan de consommation du MEOPA Suivi des formations MEOPA
	Évaluer l'utilisation du réseau dentaire au niveau du CH	Tous les ans	Bilan annuel
	Finaliser l'EPP sur la promotion des pratiques psychocorporelles	2017-2018	Compte-rendu EPP

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action sera effectué par le CLUD.

E. L'accompagnement en fin de vie

La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie prévoit que « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit disposé ».

Les soins palliatifs ne visent pas à combattre les causes de la maladie, mais cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la douleur et par la prise en compte des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui y sont liés. Toute personne dont l'état de santé le justifie doit pouvoir en bénéficier, quel que soit le lieu de sa prise en charge.

Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. On peut y recourir tôt dans le décours de la maladie, pour mieux anticiper les difficultés inhérentes à la fin de vie et pour engager une réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard de leur bénéfice pour le patient. Ils peuvent être mis en œuvre simultanément à des soins dits curatifs.

Les unités de soins palliatifs (USP) et les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) constituent une offre de soins spécifique, et n'ont vocation à accueillir que les patients nécessitant une prise en charge complexe. Les situations ne présentant pas de difficultés cliniques, sociales ou éthiques particulières sont prises en charge par les services non spécialisés en soins palliatifs, avec l'appui le cas échéant d'une équipe mobile. C'est le cas à l'AHB notamment au Service Henri Garnier et à la résidence Keramour.

La certification des établissements de santé vise le déploiement d'une démarche palliative intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels. Elle nécessite une approche transversale entre les disciplines médicales et les différents lieux de soins ainsi qu'une organisation du travail « en réseau ». Le déploiement de la démarche palliative implique donc la mise en place :

- au niveau de l'établissement : d'une dynamique de développement des compétences professionnelles et d'une réflexion institutionnelle sur la prise en charge des patients en fin de vie et sur le respect de leurs droits, impliquant les instances et acteurs concernés ;
- au sein des services : de compétences médicales et soignantes en matière de traitement de la douleur, de soulagement de la souffrance, de mise en œuvre de projets de soins individualisés, de dispositifs de dialogue, de concertation et d'analyse des pratiques professionnelles, qui favorisent une évaluation constante des stratégies de soins envisagées ;
- avec les patients et leurs proches : d'une qualité d'information, de communication et de relation de soin. Elles sont notamment indispensables à l'anticipation des prises de décisions en matière de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements.

Afin de répondre à ces objectifs, l'AHB a constitué dès 2008 un groupe EPP transversal (professionnels de différents services) qui a abouti à des actions de formation des professionnels sur l'accompagnement de fin de vie et à la rédaction d'une procédure « Prise en charge de la personne en fin de vie » O6-PG-09 qui décrit les modalités de prise en charge soignante, spirituelle et sociale. Le groupe a aussi formalisé :

- une grille d'aide à la décision de prise en charge « Fin de vie » qui permet de définir des critères objectifs d'entrée dans le processus « accompagnement fin de vie » et un programme d'actions associé DP60-1,
- une fiche technique médicamenteuse « Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie » DP60-2,
- une fiche technique « Soins de confort en fin de vie » DP60-3.

Ces travaux, révisés en 2013, restent d'actualité.

Au niveau institutionnel, cette thématique relève de plusieurs instances : CME, CSIRMT, CDU, COMEDIMS et espace éthique : prise en compte des recommandations de pratiques médicales et soignantes, veille réglementaire notamment sur les droits de la personne en fin de vie, directives anticipées…

En 2016/2017, une identification des risques principaux sur la thématique « Prise en charge et droits des patients en fin de vie » a été effectuée par un groupe de travail associant les professionnels impliqués sur cette thématique. Connaître les risques, lister les mesures préventives déjà existantes et mesurer leur criticité résiduelle permet ensuite de définir quelles mesures d'amélioration l'AHB devra mener. Les principaux risques identifiés sont les suivants :

- Défaut de prise en charge des troubles liés à la fin de vie (douleur physique, souffrance morale/troubles psychiques, symptômes respiratoires, fausses routes…)
- Risques liés à l'alitement prolongé (troubles trophiques, symptômes digestifs, symptômes respiratoires, troubles thromboemboliques…)
- Manque de connaissance/formation sur la prise en charge et droits des patients en fin de vie
- Risque de souffrance morale des équipes liées à la difficulté des prises en charge « Fin de vie »

Le plan d'actions 2018-2022 sur la thématique « Prise en charge et droits des patients en fin de vie » est le suivant :

OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEURS
Développer les compétences professionnelles sur l'accompagnement de fin de vie	Renouveler la formation relative à la prise en charge et droits des patients en fin de vie	2018-2022	Bilan de formation
	Doter l'AHB de pousse-seringues électriques (disponible au stock tampon) et évaluer leur utilisation	2017-2018	Dotation : en 2017 Evaluation de leur utilisation en 2018
	Renouveler l'enquête de pratique concernant la prise en charge des personnes en fin de vie et rappeler si besoin (selon les résultats de l'enquête) les pratiques recommandées	2017-2018	Résultats de l'enquête de pratique en 2017 Rappel des procédures en 2018
Mener une réflexion institutionnelle sur la prise en charge des patients en fin de vie et sur le respect de leurs droits	Sensibiliser les professionnels à la question des directives anticipées (communiquer sur la fiche DP88)	2017-2018	Courrier de la Direction qualité N°33-17
	Proposer des séances de débriefing suite à des situations difficiles	2018-2022	Intervention de psychologue
	SMSS : organiser l'intervention d'une psychologue clinicienne auprès d'un patient en fin de vie et de ses proches, si besoin	2017-2018	Intervention d'une psychologue
	SMSS : Réserver et équiper une pièce dans le service Henri Garnier pour l'accueil des proches d'un patient en fin de vie	2017-2018	Pièce équipées

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action sera effectué par la CME.

IX. Projet des usagers

La place des usagers dans le système de santé a connu depuis une dizaine d'années une évolution sans précédent, concrétisée par les lois successives du 4 mars 2002, 9 août 2004 et 26 janvier 2016.

En parallèle, le développement des démarches participatives dans la construction des politiques publiques a valorisé la place et le rôle des citoyens et usagers de services dans l'élaboration et la mise en œuvre des orientations définies.

Dans cette dynamique positive, l'AHB souhaite positionner l'élaboration d'un projet des usagers comme objectif du projet d'établissement.

En effet, dans un souhait de co-construction avec les usagers, leur entourage, les associations et les représentants de la Commission des Usagers, nous souhaitons formaliser et organiser dans un projet commun la place et le rôle de chacun dans notre institution.

A ce titre, le projet des usagers sera élaboré selon la méthode projet, poursuivant plusieurs objectifs :

- Formaliser un projet organisant la place des usagers et de leur entourage au sein de l'institution
- Promouvoir et renforcer le droit des usagers
- Structurer les liens et relations avec les associations d'usagers et de familles, les groupements d'entraide mutuelle, …
- Proposer des actions concrètes pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des patients et de leur famille

Parmi les actions concrètes à développer, plusieurs axes sont déjà identifiés et seront complétés par les travaux d'élaboration. Ainsi, le projet des usagers pourra notamment prévoir :

- L'identification et l'organisation d'espaces dédiés, aux associations d'usagers et de familles, aux patients et aux proches,
- Le soutien au développement d'actions favorisant la citoyenneté et l'autonomie des patients par de nouvelles modalités (pair-aidance, …),
- Le développement d'actions en direction de l'entourage (formations, …).

Enfin, l'AHB souhaite proposer un temps conséquent pour l'élaboration du projet, afin de définir une méthodologie pertinente et permettre l'association pleine et entière des parties prenantes. Aussi, l'élaboration du projet des usagers pourrait s'établir sur l'année 2018 afin d'organiser la mise en œuvre du programme d'actions sur la durée du projet d'établissement.

X. Fonctions supports

1. Projet social

2. Projet Qualité et Gestion des risques

3. Schéma Directeur des Systèmes d'Information

4. Projet logistique, technique, hôtelier, biomédical, immobilier et sécurité dont :
   - *Axe 1 : Projet immobilier*
   - *Axe 2 : Maintenance et exploitation*
   - *Axe 3 : Fonctions Achat, Logistique et Hôtelier*
   - *Axe 4 : Sécurité des biens et des personnes*
   - *Axe 5 : Restauration*
   - *Axe 6 : Transport des patients*

5. Projet pharmaceutique et prise en charge médicamenteuse

6. Projet Sport, Culture et Lien social

7. Projet Communication

8. Projet du développement durable

9. Projet d'optimisation des moyens financiers

1. PROJET SOCIAL

INTRODUCTION

Le projet social de l'Association Hospitalière de Bretagne est établi pour l'ensemble de ses établissements qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Bien qu'élaboré en premier lieu pour le projet d'établissement du centre hospitalier, il se veut transversal depuis toujours et intègre l'adaptation des postures professionnelles et des compétences aux besoins des personnes accompagnées en soutien des évolutions de l'association et des politiques publiques.

Les années 1990 et 2000 ont été une période de restructuration pour l'AHB, comprenant des redéploiements de moyens de la psychiatrie vers le médico-social et vers d'autres activités de soins, avec la reconversion de nombreux personnel vers de nouveaux métiers.

L'Association Hospitalière de Bretagne prône depuis de nombreuses années la notion de parcours intégré pour ses professionnels, qu'ils soient verticaux ou horizontaux et de pluridisciplinarité des équipes. Ainsi, certains professionnels, recrutés comme agents des services logistiques ont pu, grâce à un parcours de formation, accéder à des fonctions de responsable d'établissement. D'autres ont pu, dans leur métier initial, évoluer auprès de différents publics, acquérir des compétences dans des soins et accompagnements spécifiques en changeant de service ou d'établissement.

Au regard des politiques publiques, la frontière entre le sanitaire et le médico-social tend à s'estomper au profit du parcours de la personne et de son projet de vie et de soins. Cette évolution est synonyme de diversification de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale et porteuse d'évolutions majeures en termes d'organisations de travail, de compétences attendues, de postures professionnelles.

Il s'agit donc, pour le projet social 2018 – 2022 d'accompagner ces évolutions dans une démarche respectueuse des salariés d'une part et de la réglementation en constante évolution d'autre part.

1. CONTEXTE

Les différents diagnostics élaborés en amont du CPOM médico-social, du projet d'établissement du centre hospitalier, le projet de pôle médico-social font apparaître une problématique forte de renouvellement des effectifs médicaux et non médicaux. Au-delà de la problématique de l'attractivité de l'AHB et de sa capacité à recruter, se pose la question de la perte des savoirs faire acquis de l'expérience, de l'intégration des nouveaux professionnels et de leur formation spécifique aux différents publics accueillis selon leur lieu d'exercice professionnel.

Par ailleurs, les évolutions à venir de l'AHB, telles que définies dans les projets d'établissements, nécessitent une adaptation des compétences et des savoirs faire des professionnels en poste. L'accentuation du virage ambulatoire en est un exemple significatif en ce sens qu'il est synonyme de réduction des capacités d'hospitalisation complète. Ainsi, des professionnels habitués à exercer au sein d'une équipe vont, par exemple, évoluer vers des accompagnements en ambulatoire, incluant des visites à domicile. Si leur métier reste le même, la façon de l'exercer en est radicalement changée. Se pose dans ce cas les questions de l'évaluation de la capacité des professionnels à exercer dans des environnements professionnels différents, de l'accompagnement du changement et du rôle central en la matière du management et du dialogue social.

2. OBJECTIFS

AXE n°1 : Développer l'attractivité de l'AHB

La poursuite des activités de l'AHB et la mise en œuvre de ses différents projets d'établissement sont conditionnées par sa capacité à attirer et fidéliser les professionnels dont elle a besoin et en premier lieu les médecins.

Pour ce faire, il convient,

- Pour les métiers en tension dont les professions médicales dans un premier temps, puis pour l'ensemble des métiers, de :
  - Formaliser les avantages d'un exercice professionnel à l'AHB et les faire connaître.
  - Faire évoluer la communication des postes à pourvoir en utilisant les médias sociaux.
  - Créer des espaces d'échanges entre pairs qu'ils soient physiques ou virtuels.

- Pour le corps médical, de :
  - Procéder à une analyse des attentes concernant l'accueil des internes, identifier les correspondants, définir des projets pédagogiques structurés et ambitieux.
  - Formaliser une procédure d'accueil et d'intégration.
  - Veiller à la qualité des postes proposés, mettre en œuvre un suivi longitudinal des praticiens.
  - Favoriser l'appartenance aux services de soins, dans le contexte d'exercice médical sur le secteur.
  - Développer, par filières et par territoires le recrutement des postes médicaux partagés.
  - Mettre en œuvre une politique de formation attractive et soutenue.
  - Encourager la participation à la gouvernance médicale institutionnelle.
  - Identifier les pratiques médicales pertinentes à développer au sein de l'AHB, permettre l'accès à des plateaux techniques spécialisés.
  - Favoriser la participation des médecins à des programmes de recherche dans le cadre de groupement régionaux et soutenir leurs projets de publications.
  - Les évolutions des conditions de l'exercice médical (judiciarisation de la psychiatrie, forte demande imposant une programmation des soins) engagent à une vigilance dans les organisations au quotidien (permanence des soins, couverture des unités).
  - Soutenir l'exercice de la médecine de ville par tout moyen, dont le recrutement et la mise à disposition de médecins salariés.

- En matière de gestion des ressources humaines, hors personnel médical :
  - De mettre en place un guichet unique pour candidats CDI/CDD/intérim (base de données globale avec qualification du CV).
  - Optimiser les remplacements pour proposer des durées de contrats plus attractives aux CDD.

AXE n°2 : Refonder le dialogue social à l'AHB

Dans l'entreprise, le dialogue social désigne bien souvent les relations formelles entre l'employeur et les représentants des salariés. Les représentants des salariés peuvent être élus ou nommés par une organisation syndicale. Ce dialogue social est cadré par un certain nombre d'obligations légales et réglementaires, en matière d'information, de consultation, de négociation et de recours à des experts. Il s'agit actuellement, par exemple : des négociations annuelles obligatoires sur les salaires de la consultation du CHSCT sur toutes décisions relatives à l'hygiène, la sécurité et aux conditions de travail de la consultation du CE sur toutes décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique de l'entreprise, de l'obligation de négocier des accords sur des thèmes spécifiques, de consulter les délégués du personnel en cas de reclassement pour inaptitude…

Les ordonnances MACRON viennent bouleverser, la hiérarchie des normes, les instances représentatives du personnel et la façon d'aborder cette composante du dialogue social.

Pour autant, loin de se cantonner à la seule négociation, le dialogue social désigne plus largement l'ensemble des relations et des interactions qui existent au sein de l'entreprise entre la direction, l'encadrement, les représentants du personnel et les salariés. Ce dialogue est présent au quotidien, dans les relations entre collègues et avec la hiérarchie. Il permet de se concerter, de négocier sur le terrain et d'agir. Le dialogue social englobe également les débats et échanges ayant lieu au cours des groupes de travail, comités de pilotage, groupes projet et autres espaces de discussion rassemblant des salariés et divers niveaux hiérarchiques. Autrement dit, le dialogue social ne se joue pas seulement au niveau des obligations réglementaires et des représentants du personnel, mais aussi dans la participation directe des salariés à la vie de l'entreprise.

Cette composante du dialogue social se retrouve dans tous les axes du projet social.

Pour ce qui est des relations formelles entre l'employeur et les représentants des salariés, le renouvellement des mandats au premier semestre 2018, nécessite :

- De s'approprier, à parution les décrets réformant les IRP et créant, notamment, le Comité Social et Economique en en échangeant avec les élus actuels.
- De négocier un protocole d'accord préélectoral conforme à la réglementation et garantissant une bonne représentation des personnels des établissements et services de l'AHB.
- Définir le fonctionnement des nouvelles instances et de s'assurer d'avoir des relais dans la majorité des établissements (règles à définir avec les IRP)

Par ailleurs, afin de dynamiser le dialogue social, il convient de :

- Informatiser la BDES
- Développer un portail RH en intranet.
- Communiquer à signature une version synthétique des accords d'entreprise conclus.
- Développer des outils de suivi des demandes des IRP.

AXE n°3 : Dynamiser la gestion prévisionnelle des métiers et des parcours professionnels (GPMPP)

Les projets des établissements de l'AHB déterminent les adaptations ou transformations de l'offre de soins ou d'accompagnement médico-social, dans l'objectif de mieux répondre aux besoins des usagers et de leurs proches, ou d'intégrer également les évolutions réglementaires et sociétales.

Cela nécessite, en écho, une adaptation constante des ressources humaines, les projections et adaptations des moyens qui résulte de ces projets à moyen terme étant/pouvant être anticipés.

A contrario, certaines orientations exogènes, notamment dans la conduite des politiques publiques, s'imposent à nous et nous contraignent à nous adapter en temps quasi réel.

La Gestion Prévisionnelle des métiers et des parcours professionnels se doit donc d'accompagner ces évolutions à court, moyen et long terme selon la visibilité qu'en a l'AHB.

Pour ce faire, il convient de :

- Définir et/ou ajuster les moyens nécessaires au bon fonctionnement des services et des dispositifs portés par l'AHB en concertation avec les professionnels et les IRP. Ces moyens s'entendent en effectifs par métiers, en compétences spécifiques (exemples : psychiatrie, addictologie, autisme, traumatisme crânien…) et en aptitudes (exemples : capacité à travailler en équipe, capacité à intervenir seul au domicile, capacité à animer un groupe, capacité à représenter l'AHB…),
- Rechercher parmi les professionnels de l'AHB les profils les plus adaptés pour les évolutions à court terme,
- Qualifier et accompagner les professionnels pour anticiper les évolutions à moyen et long terme.
- Définir une politique de mobilité transversale à l'ensemble des établissements de l'AHB afin de fidéliser les professionnels,
- Développer et valoriser les expérimentations dans le cadre d'activités et auprès de publics différents lors de vacances de postes (affectations temporaires).

La mise en œuvre de cet axe nécessite de se doter d'un outil performant de GPEC.

AXE n°4 : Assurer une bonne qualité de vie au travail

L'AHB promeut la démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail comme levier dans la conduite des transformations nécessaires à l'évolution et à la qualité des soins et accompagnements. Ainsi, la démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail regroupe toutes les actions permettant d'améliorer les conditions d'exercice du travail. Ces actions comprennent notamment des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, favorisant ainsi le sens donné à celui-ci, et permettant d'accroître la performance collective de l'entreprise et sa compétitivité, par l'engagement de chacun de ces acteurs.

Les axes essentiels de la politique Qualité de Vie au Travail de l'AHB sont les suivants :

- Impliquer l'ensemble des acteurs dans la démarche QVT en la faisant connaître et en en favorisant l'appropriation par chacun,
- Accompagner le changement en favorisant les échanges sur la visibilité des enjeux et la compréhension des objectifs portés par les projets de transformation, en développant la démarche d'acculturation et de maîtrise des outils numériques,

- Dans le cadre du management du travail, promouvoir les démarches participatives visant à rechercher des solutions concrètes et partagées en matière d'organisation et de condition de réalisation du travail, de relations professionnelles et de résolution de problème,
- Concilier les temps de vie en définissant des règles de bonnes pratiques (usage de l'e-mail, droit à la déconnexion …), en faisant évoluer les pratiques professionnelles (réunions par visioconférence pour les professionnels exerçant sur des sites distants, limitation des passages jour/nuit …), en prenant en compte les situations particulières de salariés confrontés à des situations personnelles complexes,
- Expérimenter, partager et communiquer en mettant en test les modifications de l'organisation de travail, dès lors qu'elles ne génèrent pas d'impact en matière de volume d'emploi, en favorisant l'interconnaissance des acteurs internes (analyse des pratiques, groupes de travail, « suis-moi au travail »…) dans le respect des valeurs de l'AHB,
- De faire vivre les actions mises en œuvre en matière de prévention des inaptitudes et d'emploi des travailleurs handicapés en lien avec le service de santé au travail (détection précoce des personnels en risque, adaptation des postes, reclassements, reconversions…).

AXE n°5 : Adapter l'offre de formation à destination des professionnels

La formation professionnelle intervient en soutien de la mise en œuvre des orientations des projets d'établissements et contribue au travers des formations réglementaires à la maîtrise des risques. Elle participe également du respect de nos engagements en matière de qualité de l'accueil, de la prise en soins et de l'accompagnement des usagers et de leurs proches.

Les enjeux qui s'appliquent à la formation professionnelle à l'AHB comprennent des contraintes importantes :

- Le fort renouvellement des effectifs et les adaptations à venir de l'offre de l'AHB génèrent un besoin accru de formations,
- Dans le même temps, le renouvellement des effectifs a pour conséquence la diminution de la masse salariale et de fait, des crédits dévolus à la formation professionnelle qui s'expriment en pourcentage de ladite masse salariale. Cet effet ciseau impose de repenser sur le fond l'offre de formation à destination des professionnels,
- Par ailleurs, les impératifs de continuité de service ne permettent pas de former une équipe complète sur une thématique particulière en une seule fois ce qui minorerait le coût unitaire de la formation dispensée. Enfin, les périodes de tuilages sur un poste, propices à la transmission des savoirs, sont très réduits en lien avec un contexte économique contraint et les aléas du recrutement (démographie difficile sur de nombreuses fonctions, impact calendaire des promotions de diplômés DE…),
- Enfin, nombre des métiers exercés à l'AHB sont assujettis à des obligations réglementaires de formation qui conditionnent la poursuite de l'exercice professionnel ou d'une activité particulière (DPC, AFGSU, CACES….).

Il s'agit donc :

- De structurer une démarche partenariale de partage des besoins en formation dès lors qu'ils sont définis, afin d'en mutualiser la mise en œuvre au travers d'engagements contractuels ; ces mutualisations permettant à ce jour d'accéder à des financements spécifiques. Les structures et groupements coopératifs sont un cadre adapté à de telles démarches partenariales,
- De partager des actions de formation avec les usagers et/ou leurs proches, en référence au PRS santé mentale, mais quelque-soit le domaine d'activité,

- De développer la formation à distance en en définissant au préalable, avec les partenaires sociaux, les conditions de réalisation ; la diminution des frais annexes permettant de recentrer les crédits sur les frais pédagogiques,
- De garantir l'accès aux formations qualifiantes ou diplômantes requises par la recherche de financements complémentaires,
- De créer des modules de formation internes de courte durée (une à deux heures) sous format vidéo qui combinés les uns aux autres constituent un véritable parcours de formation et d'en définir les modalités de suivi de manière concertée,
- De créer des tutoriels pour les personnels nouvellement affectés afin de développer leurs aptitudes.

AXE n°6 : Prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail

L'AHB, les partenaires sociaux et le service de la santé au travail œuvrent depuis de nombreuses années à la préservation de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Dans un contexte de refonte prochaine des IRP et de suppression de la personnalité morale du CHSCT, l'AHB entend réaffirmer son engagement dans la mise en œuvre d'actions de prévention dans ces domaines en poursuivant son action et en l'intensifiant au-delà des obligations réglementaires.

- Le DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels) est en cours de révision afin d'y intégrer de nouveaux risques et de le rendre plus lisible par les professionnels. Il s'agira donc de veiller à sa bonne appropriation par l'ensemble des équipes et à sa mise à jour permanente,
- Pour développer la prévention des TMS (Troubles Musculo-Squelétiques), l'AHB va former de nouveaux formateurs PRAPS et poursuivre ses investissements matériels (rails aux plafonds, ergonomie des postes de travail, rolls pour les livraisons de linge…),
- Dans le cadre de la prévention des RPS, l'AHB dispose de plusieurs dispositifs : psychologues du travail, GIP (groupement d'intervention des psychologues) pour la prise en charge post-traumatique, procédure de gestion des évènements critiques et de la souffrance au travail afférente, médiateur, formation Oméga. Les manageurs ainsi que des personnels ont été formés au repérage et à la prise en compte des RPS. Il s'agit donc de poursuivre les actions menées, de former les nouveaux manageurs, de former de nouveaux formateurs Oméga et de mesurer le niveau des RPS afin d'en connaître l'évolution,
- Chaque année, l'AHB actualise son PACT (Plan d'Amélioration des Conditions de Travail) des demandes des manageurs de proximité. Ces demandes sont issues d'une réflexion d'équipe comme de besoins individuels,
- L'AHB intègre les professionnels concernés, les IRP et la préventionniste TMS la définition des besoins en amont de tous les projets de construction ou de réhabilitation,
- Au-delà des obligations réglementaires, l'AHB va proposer à de nombreux professionnels des protections auditives filtrantes sur mesure afin de réduire la fatigue découlant de l'exposition au bruit,
- Sous l'égide du service de santé au travail, l'AHB réalise, tous les 2 ans, une semaine de la prévention à destination de ses professionnels sur une thématique de santé publique. Cette semaine s'articule autour d'une conférence et d'ateliers qui se déplacent dans différentes structures afin de toucher l'ensemble des professionnels.

AXE n°7 : Conforter le rôle central du management et développer le management du travail

« Manager le travail, c'est favoriser l'intégration effective du travail dans les modes d'organisation et le fonctionnement global de l'entreprise »

Les missions dévolues aux managers engagent de garantir à la fois la qualité des soins et des accompagnements, la satisfaction des usagers et de leurs proches, le bien-être des salariés au travail, le respect de toutes les réglementations applicables, la conduite du changement, l'atteinte des objectifs, la gestion des moyens financiers, humains, l'évaluation et la prévention des risques, …. Mais avant tout, le manageur a un rôle essentiel d'interface et d'organisation du travail. C'est aux manageurs que reviendra la mise en œuvre des projets d'établissement, d'eux dont dépend le bon déroulé et la bonne appropriation par les professionnels des évolutions à venir.

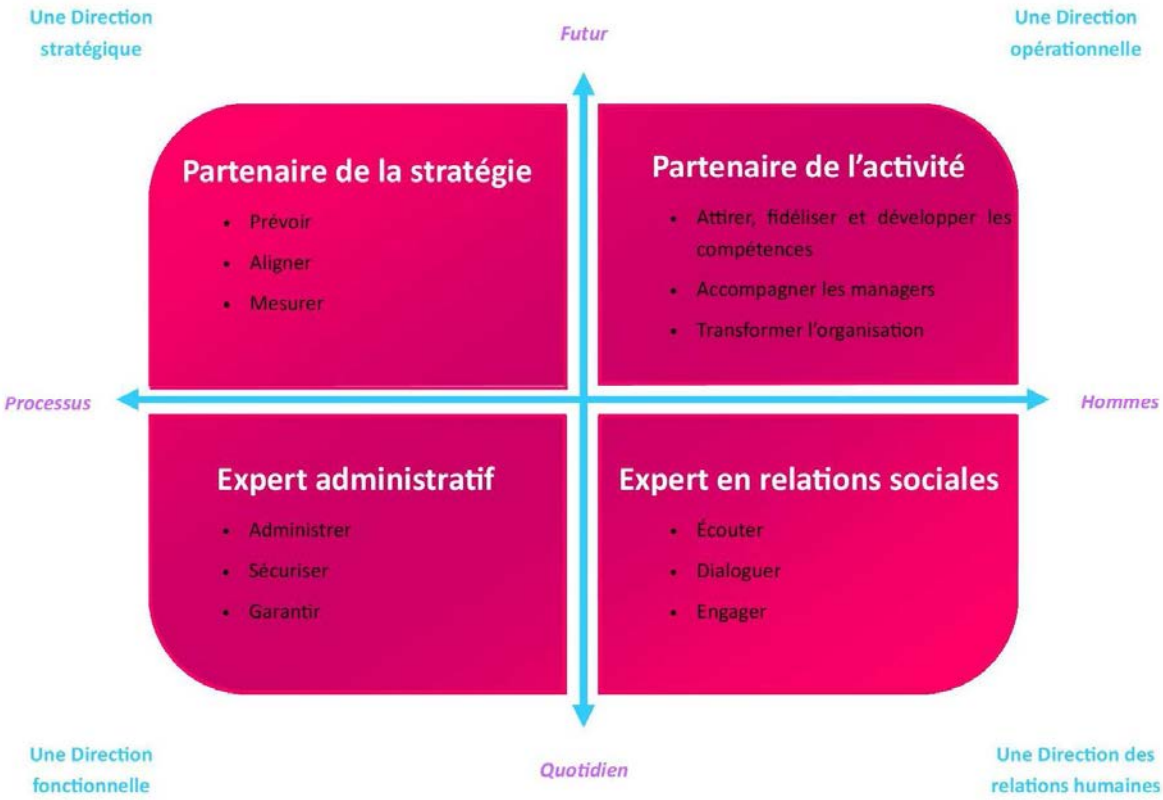
Il convient donc :

- De définir avec précision et à tout niveau les attendus de l'AHB envers ses manageurs, de spécifier leurs rôles et missions,
- De réaliser un diagnostic spécifique de l'activité managériale et des processus de management,
- De définir un plan d'action visant à réduire les écarts entre le diagnostic et les attendus en termes d'organisation, de moyens, de compétences à manager le travail,
- De former l'encadrement au management du travail, à la conduite de projet et à l'animation de groupes de travail,
- D'en promouvoir l'autonomie, la réactivité et la créativité,
- De définir et de mettre en œuvre des actions de soutien à destination du management,
- Repenser le format des journées d'informations stratégiques à destination de l'encadrement et veiller à leur régularité.

AXE n°8 : La direction des ressources humaines et de la communication partenaire des projets d'établissement et des professionnels

Les missions d'une Direction des Ressources Humaines comprennent traditionnellement les orientations suivantes :

- Une vocation administrative importante, en ce sens qu'elle gère la paie, les déclarations sociales et les dossiers du personnel. Elle est par ailleurs garante de la mise en œuvre et du respect de la réglementation sociale ; soit une mission d'expertise dans le domaine administratif,
- Une vocation sociale importante d'écoute des collaborateurs, d'accompagnement du dialogue social et de création des conditions de travail propices à favoriser l'engagement de chacun.



Sans dénier les dimensions administratives et sociales qui sont le socle de la fonction RH, la direction des ressources humaines doit renforcer son positionnement en partenaire de la stratégie de l'AHB et en partenaire de ses activités. Si les axes précédemment développés dans le présent projet social y contribuent, il convient, pour une plus grande efficience, d'y adjoindre les actions suivantes :

❖ En tant que partenaire de la stratégie :

- Conseiller les directions dans la définition de nouvelles organisations de travail et les aider à dimensionner le juste besoin en termes d'effectif et de compétence,
- Promouvoir une vision globale et collaborative des enjeux des établissements et services en développant des pratiques et outils concertés d'aide à la décision et de pourvoi des postes,
- Mesurer et ajuster l'opérationnalité des actions RH menées en soutien de la stratégie de l'AHB.

❖ En tant que partenaire des établissements, services, directions opérationnelles :

- Faciliter l'autonomie des partenaires sur les sujets RH, en les assistant au quotidien, sur le terrain, et en mettant à leur disposition des outils et services adaptés à ses besoins spécifiques (Exemples : formalisation des règles RH, workflow décisionnels, accompagnement personnalisé…),
- Dématérialiser autant que faire se peut les process administratifs dans une visée de simplification pour une meilleure fluidité,
- Une des priorités identifiées dans ce domaine porte sur la mise en place d'une organisation et d'outils adaptés afin d'améliorer la gestion des temps et plannings, ainsi que la gestion de la suppléance, en interface avec les directions et établissements en charge de la gestion opérationnelle des équipes,
- Cette approche partenariale et proactive constitue un objectif essentiel de la Direction des Ressources Humaines dans le cadre du projet d'établissement.

2. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

1- Politique Qualité, Sécurité et Gestion des risques de l'AHB

La démarche de management de la qualité et des risques est mise en œuvre au sein de l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB) depuis de nombreuses années dans les établissements sanitaires concernés par la certification : le Centre Hospitalier de Plouguernével, le Centre l'Avancée de Saint Brieuc et l'USLD de Rostrenen, ainsi que dans les établissements sociaux et médico-sociaux, concernés par les évaluations internes et externes.

La politique qualité, sécurité et gestion des risques est définie de manière transversale à l'AHB par le CA, la CME et la CDU, en cohérence avec le cadre réglementaire.

L'engagement effectif de la Direction et des instances décisionnaires est communiqué à tous les salariés au travers d'une « Lettre d'engagement du Directeur pour une Politique Qualité, Sécurité et Gestion des risques » :

Lettre d'engagement du Directeur pour une Politique Qualité, Sécurité et Gestion des risques

« Depuis 2001, l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB) a défini et mis en œuvre une Politique Qualité au sein des différents établissements sanitaires et médico-sociaux, soutenue par un engagement fort de son Conseil d'administration et de sa Direction. L'implication de l'ensemble du personnel médical, paramédical, éducatif, social, administratif et logistique montre l'intérêt et le bien-fondé de la démarche qualité.

Les certifications des établissements sanitaires et les évaluations externes des établissements sociaux et médico-sociaux de l'AHB attestent de la qualité des prestations délivrées par les équipes, répondant en tous points aux critères de qualité et de sécurité définis par la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale de l'évaluation et de la Qualité des établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ANESM).

*Cette Politique Qualité, Sécurité et Gestion des risques, inscrite dans les projets d'établissements, a pour objectif principal de « **Fournir aux usagers de l'AHB des prestations de soins et/ou d'accompagnements adaptées, conformes aux critères qualité actualisés, dans des conditions de sécurité garanties et avec prévention et prise en compte des risques encourus**.»*

Pour atteindre cet objectif général, 5 axes sont développés et se traduisent par des actions inscrites au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) :

- *L'adaptation des prestations de soins et d'accompagnement aux besoins et attentes des usagers,*
- *La conformité aux critères qualité actualisés,*
- *La mise en œuvre des conditions de sécurité et l'amélioration des conditions de travail,*
- *La prévention et la gestion des risques,*
- *L'évaluation de la qualité, sécurité et gestion des risques.*

La mise en œuvre de ces actions associe les instances CDU, CME, COMEDIMS, COVIRIS, CLUD, CLAN, CVS… dont les missions sont décrites dans le livret d'accueil des salariés disponible dans Blue Medi.

Concrètement, tout salarié de l'AHB est amené à devenir « acteur de la qualité et de la sécurité des soins » en :

- *participant à une demi-journée d'intégration des nouveaux embauchés ;*
- *prenant connaissance et en appliquant la fiche emploi métier et les procédures relevant de son activité ;*
- *signalant les évènements indésirables potentiellement source de dommage ;*
- *étant force de proposition auprès de son Responsable sur des points à améliorer ;*
- *participant aux démarches d'amélioration continue : audits internes, groupes d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP), groupe d'évaluation interne…*

Ainsi, j'invite tous les professionnels exerçant à l'AHB à poursuivre leur engagement dans la démarche qualité et, dans cet esprit, à œuvrer en collaboration avec la Direction Qualité, Sécurité et Gestion des risques à son bon déroulement.

Fait à Plouguernével, le 01/01/2018, M. CHEVASSU, Directeur Général »

Le chapitre « Projet qualité, sécurité et gestion des risques » du Projet d'établissement 2012-2017 du Centre Hospitalier de Plouguernével donnait les objectifs de travail sur cette période, décrivait la communication développée autour du projet et les modalités d'évaluation.

Un diagnostic préalable à l'élaboration du projet d'établissement 2018-2022 du Centre Hospitalier a été établi de juillet à octobre 2016 et partagé avec les salariés lors d'un séminaire le 17 novembre 2016.
Les projets des établissements de l'AHB sont établis par des groupes de travail et un comité de pilotage.

➔ Le projet qualité et gestion des risques 2018-2022 vient en support de la mise en œuvre de ces projets d'établissement. La thématique « sécurité » est abordée dans le projet support logistique et la thématique « conditions de travail » dans le projet social.

2- Bilan du projet qualité, sécurité et gestion des risques AHB - 2012-2017

AXES	ACTIONS REALISEES SUR LA PERIODE 2012-2017 :
Adaptation des prestations de soins et d'accompagnement aux besoins et attentes des usagers	- Adaptation du modèle de questionnaire aux capacités cognitives des patients de Pissarro, UIGP et résidence Keramour - Création d'une enquête auprès de l'entourage des patients - Exploitation semestrielle des questionnaires de satisfaction, enquêtes et autres moyens d'écoute du patient par le biais de la CDU - Mise en œuvre des projets personnalisés des patients et résidants, en lien avec la direction des soins et les Responsables d'établissement (SSR et médico-social) - Mise en œuvre des évaluations de pratiques professionnelles, conformément à la politique EPP
Conformité aux critères qualité actualisés	- Préparation des établissements aux procédures de certification et évaluations externes (- Mise en œuvre du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (issu notamment des certifications et des évaluations internes et externes) - Mise en œuvre des procédures de certification et d'évaluation externe
Mise en œuvre des conditions de sécurité et amélioration des conditions de travail	- Mise en conformité des systèmes de détection Incendie - Amélioration du taux de personnels formés à la sécurité incendie (2013 : 342 salariés formés, 2014 : 312, 2015 : 280, 2016 : 420) - Mise en œuvre du plan d'amélioration des conditions de travail, en lien avec le CHSCT
Prévention et la gestion des risques	- Coordination des actions de prévention et de gestion des risques, en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la COVIRIS - Mise en œuvre du plan d'action de la COVIRIS
Evaluation de la qualité, sécurité et gestion des risques	- Réalisation du programme d'audit et meilleur suivi des actions correctives à mener - Amélioration des résultats des indicateurs IPAQSS, ICALIN - Prise en compte des résultats des différentes évaluations (certification V2010, évaluation externe) afin d'adapter les actions du programme qualité, sécurité et gestion des risques

3- Pilotage de la démarche qualité, sécurité et gestion des risques

Le pilotage de la démarche est assuré par la Direction Qualité, Sécurité et Gestion des Risques. Elle est rattachée à la Direction Générale et est composée de :

- une Directrice Qualité, Sécurité et Gestion des Risques (ingénieur qualité, 1 ETP) qui assure la coordination de l'équipe, l'élaboration des programmes pluriannuels, participe aux travaux engagés sur les volets de la qualité et de la gestion des risques et déploie la dynamique qualité et gestion des risques ;
- un Technicien qualité (1 ETP infirmier), en charge de la dynamique qualité (actualisation du système documentaire qualité, indicateurs qualité, groupes d'amélioration, animation du réseau d'auditeurs, préparation de la certification…) ;
- une Assistante qualité (0,8 ETP), en charge de la gestion quotidienne de la Direction (accueil physique et téléphonique, gestion du planning, préparation des réunions, gestion du système documentaire qualité …) ;
- une Assistante gestion des risques (0,5 ETP), en charge de la dynamique gestion des risques et outils de communication (traitement des évènements indésirables signalés, CREX, développement du logiciel Blue Medi…) ;
- un Médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (0,1 ETP) qui a en charge la coordination des vigilances et des risques associés aux soins (président de la COVIRIS, expertise médicale sur les risques liés aux soins…) ;
- le Service sécurité et conditions de travail (1 Responsable sécurité, 3 adjoints et 0,5 ETP chargé de prévention des TMS) est rattaché à la Direction Qualité, Sécurité et Gestion des Risques.

La Direction Qualité, Sécurité et Gestion des Risques anime la dynamique pilotée :

- pour ses aspects « qualité » par le Comité Stratégique de la Qualité (CSQ) : au minimum 1 réunion par an : validation de la Politique, des objectifs, des actions d'amélioration, revue du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins PAQSS et du programme des évaluations de pratiques professionnelles EPP…
- pour ses aspects « sécurité / gestion des risques » par la Commission des vigilances et des risques (COVIRIS) : 3 à 4 réunions par an : prise en compte des FEI, CREX, CREX-AT, coordination des vigilances sanitaires... La COVIRIS coordonne tous les risques (professionnels, risques infectieux, vigilances sanitaires, risques patients …
- pour l'ensemble de la démarche et de manière plus rapprochée par le Comité de Direction (une réunion tous les 15 jours : point qualité/gestion des risques systématique, prise en compte des FEI, validation des plans d'action proposés dans le cadre de CREX, patient traceur, suivi des démarches en cours…

❖ <u>Membres du Comité de Direction</u> :

- Mr CHEVASSU, Directeur général
- Mme LE BOUEDEC, Directrice générale adjointe en charge des ressources humaines et de la communication
- Mme SEBILLE, Directrice adjointe en charge des finances, des systèmes d'information et des coopérations
- Mme MARTZ, Directrice des soins
- Mr BENCHIR, Directeur technique et logistique
- Mme LEMOINE, Directrice qualité, sécurité et gestion des risques
- Mme BENHABERROU, Secrétaire générale

❖ <u>Membres du Comité stratégique de la qualité</u> :

- Mr CHEVASSU, Directeur général
- Mme LE BOUEDEC, Directrice générale adjointe en charge des ressources humaines et de la communication
- Mme SEBILLE, Directrice adjointe en charge des finances, des systèmes d'information et des coopérations
- Mme MARTZ, Directrice des soins

- Mr BENCHIR, Directeur technique et logistique
- Mr STOURM, Coordonnateur des achats
- Mme LEMOINE, Directrice qualité, sécurité et gestion des risques
- Dr BOURGEAT, Médecin-chef du secteur 56G09, Président de CME
- Dr RUPERT, Médecin-chef du secteur 22G07
- Dr DOBRESCU, Médecin-chef de l'intersecteur de pédopsychiatrie
- Dr ASKAFI, Médecin-chef du secteur d'addictologie
- Dr CHATEAUX, Médecin-chef de l'UMD
- Dr MAZE, Médecin du SMSS Henri Garnier
- Dr TUCAN, Médecin du Centre l'Avancée
- Dr BOUTCHKOVA ou Dr LEMAITRE, Pharmacienne
- Mr GUIHARD, Responsable du Centre « l'Avancée » de Saint Brieuc
- Mme BELLEC, Responsable de la Résidence « Keramour » de Rostrenen

❖ Membres de La COVIRIS :

- Mr CHEVASSU, Directeur général ou son représentant
- Dr BOURGEAT, Président de la CME ou son représentant
- Dr BLOIS, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Dr RUPERT, Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Dr TOUZE, Médecin de la Santé au travail
- Mme MARTZ, Directrice des Soins
- Mr BENCHIR, Directeur Technique et Logistique
- Mme LEMOINE, Directrice Qualité, Sécurité et Gestion des risques
- Mme GILBERT, Assistante Gestion des risques
- Mr DANIELOU, Responsable Sécurité et Conditions de travail et correspondant de toxicovigilance
- Mme BOUTCHKOVA ou Mme LEMAITRE, correspondante de pharmacovigilance et de pharmacodépendance
- Mr STOURM, correspondant de matériovigilance et de cosmétovigilance
- Dr SOMOGYI, correspondant d'hémovigilance
- Dr MAZE, correspondant d'infectiovigilance
- Dr LE LIBOUX, correspondant d'identitovigilance
- Mr LE JAN, Responsable Sécurité des Systèmes d'Information
- Mr GUIHARD, Responsable du Centre « l'Avancée » de Saint Brieuc
- Mme BELLEC, Responsable de la Résidence « Keramour » de Rostrenen
- Mme COLLOBERT, Responsable adjointe de la MAS de Carhaix
- Mme GICQUEL et Mme PEDRON, membres du CHSCT.

4- Management opérationnel de la démarche

La Direction Qualité, Sécurité et Gestion des Risques s'assure de la cohérence des actions, de leur bien-fondé, de leur application et de leur évaluation. Pour se faire, elle déploie le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Le PAQSS comporte toutes les actions d'amélioration des établissements traduisant la dynamique qualité de l'Association. Ce programme a été paramétré en 2017 sur le logiciel qualité BLUEMEDI de façon à être plus accessible à tous.

La Direction Qualité, Sécurité et Gestion des Risques est également à la disposition des professionnels pour engager des actions d'amélioration (formalisation d'une procédure, résolution de problème, évaluation, audit, accompagnement méthodologique, formation/sensibilisation...).

Elle est également en lien avec les différentes commissions/comités en place, de par sa présence permanente ou ponctuelle aux instances :

- CDU : commission des usagers
- CME : commission médicale d'établissement
- COMEDIMS : commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles
- CSIRMT : commission de soins infirmiers et de rééducation médicotechnique
- CLIN : Commission de lutte contre les infections nosocomiales
- CLAN : comité de liaison alimentation et nutrition
- CLUD : comité de lutte contre la douleur
- CIV : comité d'identito-vigilance
- CSSI : comité sécurité des systèmes d'information
- CHSCT : comité hygiène sécurité et conditions de travail
- RABC : fonction linge

Les programmes d'action de chaque instance intègrent le PAQSS.

Concernant les méthodes et outils utilisés, elles sont fonction des objectifs d'amélioration et des objectifs du groupe de travail. De manière générale, la démarche est déployée selon la méthodologie de la gestion de projet avec des objectifs définis, un responsable d'action (ou un binôme) et un calendrier de réalisation. Par exemple, on peut citer, les méthodes suivantes : audit, patient traceur, suivi d'indicateur, analyse des causes CREX… Des formations aux méthodes et outils sont déployés.

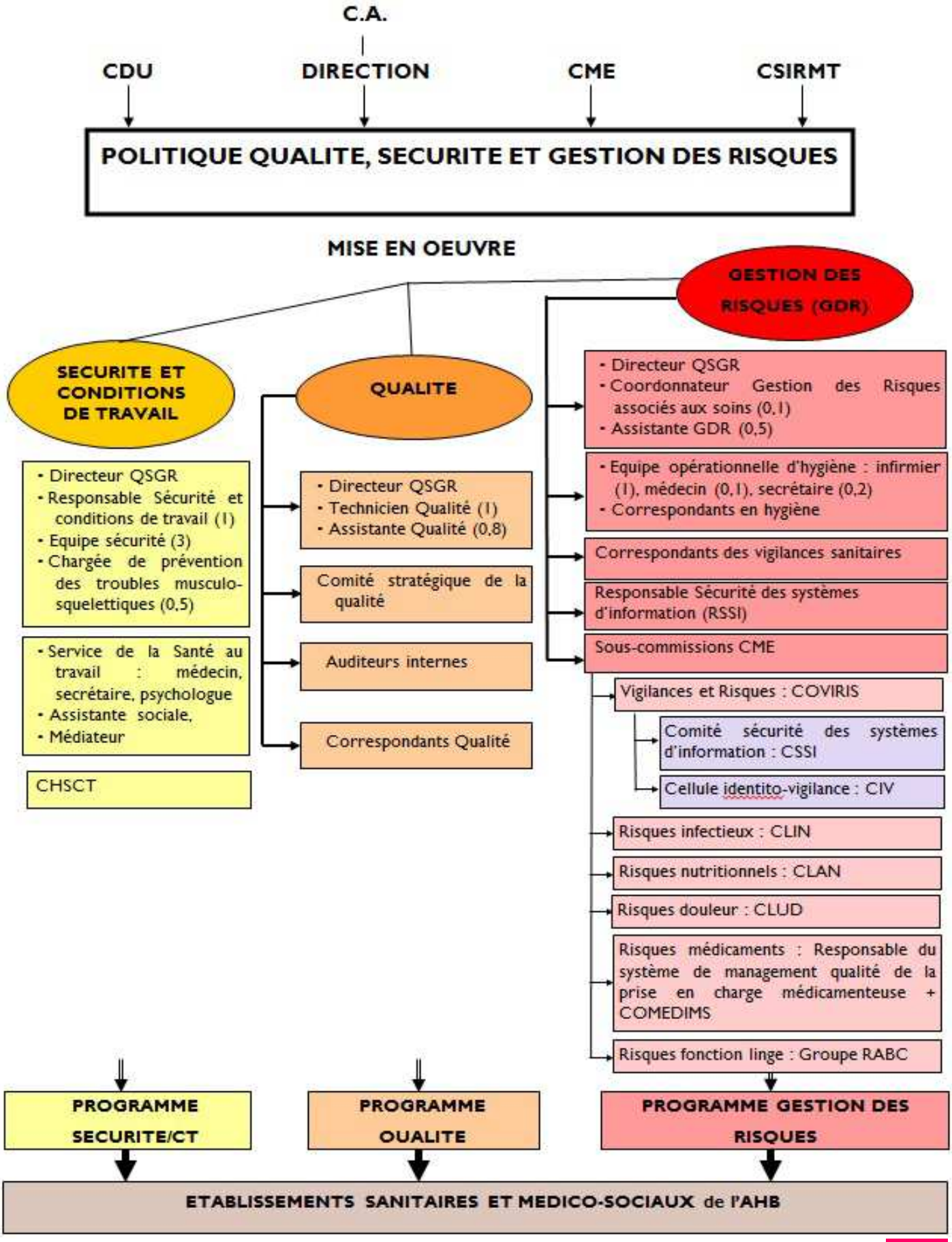
Une revue annuelle du PAQSS est faite au Comité stratégique de la qualité.

Par ailleurs, la Direction qualité, sécurité et gestion des risques s'appuie sur :

- l'encadrement des services, unités de soins et établissements pour le déploiement des actions.
- un pool d'auditeurs internes formés. Ces auditeurs réalisent des audits en binôme en veillant à échantillonner les services/unités audités. La direction qualité, sécurité et gestion des risques supervise la réalisation du programme.
- un correspondant qualité identifié dans chaque service/unité afin de gérer la documentation qualité (réception des documents applicables, information de l'équipe et classement dans un classeur dédié). Les responsables des services/unités ont la charge de l'application des documents.

L'organigramme QUALITE, SECURITE ET GESTION DES RISQUES (QSGR) de l'AHB est le suivant :

ORGANIGRAMME QUALITE, SECURITE ET GESTION DES RISQUES (QSGR)



5- Objectifs qualité et gestion des risques 2018-2022

La Politique Qualité, sécurité et gestion des risques a pour objectif principal de :

« Fournir aux usagers de l'AHB des prestations de soins et/ou d'accompagnements adaptées, conformes aux critères qualité actualisés, dans des conditions de sécurité garanties et avec prévention et prise en compte des risques encourus.»

Pour atteindre cet objectif principal, 5 axes sont développés et se traduisent par des actions inscrites au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Pour chaque axe, les actions principales visées sur la période 2018-2022 sont les suivantes :

AXES	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEUR
Adaptation des prestations de soins et d'accompagnement aux besoins et attentes des usagers	Développer l'écoute des patients et des résidents : - Améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie - Développer des enquêtes ciblées sur des thématiques spécifiques (droits des patients, préparation de la sortie…) - Définir des mesures d'amélioration en réponse à cette écoute	2018-2022	- Taux de réponse aux questionnaires de satisfaction - Nombre d'enquêtes ciblées - Actions d'amélioration en réponse à l'écoute patient
	Améliorer la traçabilité des projets personnalisés des patients et résidants, en lien avec la direction des soins et les Responsables d'établissement	2019	Projets personnalisés formalisés
	Poursuivre la dynamique des évaluations de pratiques professionnelles, conformément à la politique EPP et incluant des évaluations de la pertinence des soins	2018-2022	Bilan des EPP
Conformité aux critères qualité actualisés	Mettre en œuvre le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) tout en améliorant son accès et son suivi par les Responsables des services, unités de soins et établissements	2018-2022	Bilan du PAQSS PAQSS sur Blue Medi
	Préparer les établissements aux procédures de certification, d'évaluations externes et inspections diverses, en intégrant la dimension territoire de santé	2018-2022	Résultats de la certification V2014, des évaluations externes et des inspections
	Etre en veille sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et la réglementation et promouvoir leur mise en application	2018-2022	Diffusion des RBPP/veille réglementaire Dynamique de communication sur les RBPP
Mise en œuvre des conditions de sécurité et amélioration des conditions de travail	➔ Axe développé dans les chapitres projet logistique et projet social		
Prévention et la gestion des risques	Mettre en œuvre le plan d'action de la COVIRIS, en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	2018-2022	Bilan de la COVIRIS
	Développer la culture « gestion des risques » des professionnels par des actions de formation, de communication, de sensibilisation et de simulation en santé	2018-2022	Nombre d'actions Evaluation des actions

AXES	ACTIONS	ECHEANCE	INDICATEUR
Prévention et la gestion des risques	Favoriser la participation active du patient à la sécurité de son parcours de soins : - Communication auprès des usagers et des professionnels pour promouvoir le rôle du patient co-acteur de sa sécurité - Proposer aux patients des actions de sensibilisation à la prévention des risques	2018-2022	Participation aux actions de la semaine sécurité des patients Nombre d'actions Evaluation des actions
Evaluation de la qualité, sécurité et gestion des risques	Réaliser le programme d'audits internes et assurer un meilleur suivi des actions correctives à mener	2018-2022	Bilan du programme d'audits internes % des écarts levés
	Promouvoir la méthode du patient/résident traceur comme outil d'évaluation et d'amélioration des pratiques	2017-2022	Bilan des évaluations « patients traceurs » et « résident traceur »
	Maintenir la conformité des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins	2018-2022	Evolution des indicateurs concernés
	Tenir compte des résultats des évaluations (certification V2014, évaluations externes du secteur médico-social) afin d'adapter les actions du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)	2018-2022	Evolution du Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) Bilan du programme

6- Quelques zooms sur des actions prioritaires

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) comprend de nombreuses actions qu'il est impossible de détailler dans ce projet. Cependant, voici quelques actions prioritaires définies compte-tenu des exigences réglementaires et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

❖ L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)

Les démarches d'EPP concourent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles concernent les activités cliniques ou médicotechniques. L'EPP est une démarche pluri-professionnelle qui peut être conduite au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale au sein des établissements sanitaires de l'AHB (parcours patient par exemple).

Les EPP sont obligatoires dans le secteur sanitaire. Cependant, elles peuvent également être conduites dans le secteur médico-social. Les actions d'amélioration issues de ces démarches sont étendues à l'AHB dès que possible.

La CME a défini et validé une politique EPP (disponible sur Blue Medi), expliquant comment sont définis, mis en œuvre et évalués les programmes EPP.

❖ LA CARTOGRAPHIE DES RISQUES

Elle se décline en trois volets :

- pour les risques professionnels, la cartographie des risques est formalisée par le « document unique des risques professionnels » en place et régulièrement actualisé sur Blue Medi ;
- pour les risques relatifs à la prise en soins des patients, une identification des risques a été réalisée et notifiée dans le compte qualité (classification selon les thématiques obligatoires de la HAS) ;

- pour les risques informatiques, un responsable sécurité des systèmes d'information est nommé, en charge d'animer l'élaboration de la cartographie des risques informatiques. Un plan de continuité est en place en cas d'incident important, et l'identification et la cartographie des risques ont été élaborées

La COVIRIS coordonne l'ensemble des risques. Concernant l'optimisation de la veille sanitaire, chaque correspondant de vigilance produit un bilan annuel : rapports annuels de pharmacovigilance, de matériovigilance, d'infectiovigilance et d'identitovigilance. Ces bilans sont présentés chaque année à la COVIRIS.

❖ L'IDENTITOVIGILANCE

L'absence d'activité chirurgicale ou anesthésique au Centre Hospitalier ne signifie pas absence de risque sur l'identification des patients. La gestion de ce risque est devenue incontournable en établissement de santé, et ce d'autant plus qu'il y a quelques années l'OMS a alerté l'opinion et les pouvoirs publics sur ce type de risques et que, plus récemment, la HAS a fait de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge une pratique exigible prioritaire.

En conséquence, des moyens de prévenir les erreurs d'identification à tous les stades de la prise en charge existent : cellule d'identitovigilance (CIV), règles de création et de saisie de l'identité du patient (procédure), charte d'identification du patient, information faite sur ce thème aux nouveaux arrivants, correspondant d'identito-vigilance, bilan annuel d'identitovigilance (présenté à la COVIRIS), rubrique relative à l'identification des patients dans la fiche de signalement des événements indésirables…

❖ LES RISQUES INFECTIEUX

Une équipe opérationnelle d'hygiène est nommée (médecin, infirmier, secrétaire) et un CLIN se réunit 3 fois par an afin de définir une stratégie de prévention des infections associées aux soins et de déployer des actions de surveillance, de sensibilisation et de formation dans ce domaine. Un rapport annuel est établi afin de rendre compte à la CME des actions menées. Il précise les résultats obtenus relatifs aux indicateurs spécifiques des risques infectieux (ICALIN / ICSHA / ICATB / ICBMR) et comporte des actions d'amélioration qui sont ensuite inscrites au PAQSS.

Des correspondants en hygiène ont été nommés dans les établissements et unités de soins, chacun d'entre eux étant formé et réunis régulièrement.

Les « Nouvelles du CLIN » sont diffusées dans Blue Médi, apportant aux professionnels de l'AHB une information synthétique et agréable, relative aux travaux du CLIN.

De nombreuses formations ont été mises en place, concernant tant les membres du CLIN que des personnels soignants et non soignants.

Le CLIN est consulté sur tous les plans de nouveaux locaux, notamment en ce qui concerne les circuits, les aménagements, les équipements, ou la programmation des travaux quand ils sont réalisés en site occupé.

Un ensemble de protocoles, faisant référence à des recommandations en matière d'hygiène, ont été rédigés (protocoles de prise en charge du patient et protocoles d'hygiène...) et sont revus au minimum tous les 5 ans.

Un programme d'analyse de l'eau à usage alimentaire et de recherche de légionelles est en vigueur. La liste et la planification des points d'eau à contrôler sont validées par le CLIN.

Les consommations de SHA font l'objet d'un suivi par la Pharmacie et l'infirmier hygiéniste. Les personnels et les patients sont incités à utiliser les SHA, notamment par le biais de supports affichés et d'actions de sensibilisation, notamment dans le cadre de la semaine sécurité des patients.

Des audits de bonnes pratiques sont réalisés par une équipe d'auditeurs internes. Des procédures et protocoles en lien avec l'hygiène sont audités régulièrement.

La surveillance des bactéries multi résistantes est réalisée dans le cadre du Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS), de même que la surveillance des accidents d'exposition au sang. Ces derniers sont également suivis par le Service de la santé au travail. En général, il n'y a pas ou peu d'AES à déplorer à l'AHB.

Une procédure de déclaration des infections nosocomiales au niveau régional est en place.

Le suivi de la consommation des antibiotiques est réalisé par la pharmacie et diffusé notamment dans le cadre du COMEDIMS.

En 2017, le CLIN a identifié les principaux risques sur la thématique « risques infectieux » et a proposé de nouvelles actions d'amélioration qui ont été inscrites au PAQSS et seront mises en œuvre dans le cadre de ce projet d'établissement.

❖ LA SECURITE EN PSYCHIATRIE

L'AHB a prévu un certain nombre de dispositions pour assurer la sécurité des personnes et des biens (dotations de dispositifs d'alarme des travailleurs isolés, fermetures centralisées de l'enceinte de l'établissement, système de détection de présence à la Pharmacie et aux Archives Médicales, vidéo surveillance des chambres de soins intensifs, formation de prévention et de gestion de la violence OMEGA (unités CH-UMD), formalisation de procédure de sécurité…). Par ailleurs, la procédure de « Gestion des Incidents Critiques et Prévention de la souffrance au travail afférente » prévoit 2 plans d'action suite à un incident critique majeur :

- l'accompagnement des victimes (immédiat et à distance, par un psychologue et le médecin de la santé au travail) ;
- une analyse des causes de survenue de l'incident (comité de retour d'expérience CREX).

Ces dispositions visent à prévenir des risques mais en même temps à assurer une meilleure qualité de prise en soins et un meilleur niveau de sécurité dans l'ensemble de l'établissement.

❖ LE SUIVI DES INDICATEURS ET LEUR COMMUNICATION

Plusieurs indicateurs sont suivis au niveau des établissements :

- les indicateurs généralisés de la HAS : tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation de la douleur pour la médecine et les SSR, et, à titre optionnel, évaluation du risque d'escarres également pour le service Henri Garnier ;
- les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN / ICSHA / ICATB / ICBMR) ;
- les indicateurs de bonnes pratiques cliniques (par exemple dans le cadre des démarches EPP) ;
- les résultats des questionnaires de satisfaction et de sortie…

La communication de ces indicateurs est assurée par :

- un affichage dans les services à l'usage des patients, des visiteurs, des professionnels (bureau d'accueil, salle d'attente, hall des établissements)
- une mise à disposition sur le site internet à l'usage du large public
- une fiche récapitulative des résultats de ces indicateurs dans le livret d'accueil des patients.

❖ LA BIENTRAITANCE ET LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

L'AHB s'est emparé de ce sujet depuis de nombreuses années, organisant des formations et des conférences régulières destinées aux professionnels.

Les situations de maltraitance supposée sont signalées à travers une rubrique spécifique au sein de la fiche de signalement des événements indésirables. Des procédures encadrent le signalement et la gestion de ces situations. Une cellule de vigilance « bientraitance » réunit des professionnels du secteur médico-social de l'AHB dont les missions sont de promouvoir une culture de la bientraitance et de prévenir les risques de maltraitance.

❖ LA REFLEXION ETHIQUE

Plusieurs logiques légitimes peuvent être en conflit lorsqu'il s'agit de définir une position vis-à-vis d'une situation particulière liée par exemple à un patient ou à son entourage. Il importe de ne pas laisser le professionnel ou l'équipe de terrain seuls face à cette situation et de mettre à leur disposition un lieu ou un temps où partager les interrogations avec d'autres et définir en commun des lignes de conduite.

La simple existence, et l'utilisation à bon escient, d'une telle instance de réflexion est en soi un premier gage de qualité, et c'est pourquoi l'AHB a mis en place en 2012 un « espace éthique », commun à l'ensemble de ses établissements.

L'espace éthique se réunit une fois par trimestre et vise à donner du sens aux pratiques, à aider, à soutenir, et à éclairer les positionnements professionnels, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Une conférence a été organisée lors de la mise en place de la commission, et une formation de deux jours a été dispensée à ses membres et est renouvelée pour les nouveaux membres. Un item « Espace éthique » est également à disposition des salariés sur Blue Medi afin de retrouver toutes les informations utiles.

❖ LE DEVELOPPEMENT DURABLE

Avec le manuel de certification des établissements de santé, version 2010, le développement durable est devenu une préoccupation de la politique et de la stratégie des établissements de santé au même titre que la sécurité des patients. Il est attendu « une gestion économique fiable dans un établissement écologiquement respectueux ».

C'est ainsi que lors du 34è Congrès de la Fédération Internationales des Hôpitaux à Nice en 2005, a été affirmé que « l'hôpital a, par sa vocation, ses missions et ses activités, une grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable ».

En juin 2011, l'AHB s'est engagé de manière formelle dans le développement durable (DD) avec la nomination d'un chargé de mission développement durable (0,20 ETP). Les principales actions menées ont été les suivantes :

- Une revue de la littérature, de la réglementation et un diagnostic avec l'outil IDDE du réseau qualité Aquares 49, réalisé pour fin décembre 2011 (résultat : 46,8/100, cotation C) ;
- La constitution d'un comité de pilotage DD et la formation de ses membres en 2012
- La délibération du Conseil d'administration pour l'engagement de l'AHB dans le développement durable
- La constitution de groupes de travail qui a permis :
    - La proposition d'actions en faveur du développement durable ;
    - La réalisation d'une auto-évaluation.
- La validation de 11 fiches-actions par le comité de pilotage.

La mise en œuvre des actions est en cours (contrat de performance énergétique, chaudière biomasse, achats éco responsables, filière de déchets…). Une évaluation régulière est menée par le biais d'indicateurs de suivi et de mesure d'efficacité définis. La nomination d'un nouveau chargé de DD est effectif depuis septembre en 2017.

LA COMMUNICATION

A l'interne, la communication autour de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques repose sur un dispositif diversifié comportant notamment :

- la lettre de l'AHB elle-même, qui évoque régulièrement des thèmes liés à la qualité,
- la lettre du CLIN, qui est spécifique à l'hygiène,
- des classeurs qualité destinés à regrouper l'ensemble des documents relatifs à la qualité nécessaires, sont disponibles dans certains services, mis à jour en permanence par les correspondants qualité des services, et dont le maintien sera à questionner dans le cadre de ce projet d'établissement
- la plateforme Blue Médi permet à chaque professionnel un accès à toute la documentation qualité qui lui est utile et à d'autres dispositifs (déclaration des EI, des accidents du travail…),
- des journées d'intégration sont organisées tous les trimestres pour les nouveaux salariés arrivant, et comportent la présentation de la Direction qualité, sécurité et gestion des risques et des dispositifs utiles,
- les fiches de poste stipulent les impératifs liés à chaque poste en matière de qualité et gestion des risques.

De plus, le projet qualité et gestion des risques sera très largement diffusé auprès des personnels, comme partie intégrante du projet médical et d'établissement 2018 - 2022.

Naturellement, les membres des différentes instances participant au dispositif qualité et gestion des risques, ainsi que les auditeurs internes et les correspondants qualité, qui sont parties prenantes dans la politique de qualité et de gestion des risques, sont aussi des relais sur le terrain, auprès des équipes.

A l'externe, le Centre Hospitalier dispose d'un site internet régulièrement actualisé par le service communication, offrant au public des informations relatives à la démarche qualité/risques et à ses résultats.

Par ailleurs, l'AHB participe à un réseau informel des responsables qualité de Bretagne, regroupant des établissements de psychiatrie de tous statuts. Ce réseau permet des échanges réguliers entre membres et tient une réunion tous les trois mois.

De plus, l'AHB adhère au réseau qualité breton : le GCS CAPPS.

3. SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATIONS (SDSI)

INTRODUCTION

Le Système d'Information (SI) doit répondre aux besoins de l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB) sur tous les aspects de la gestion de l'information afin de contribuer à la réalisation des objectifs stratégiques définis et retenus par l'AHB pour les cinq années à venir.

La mise en œuvre du Système d'Information de l'AHB s'appuie sur une politique de gestion de l'information de santé qui est pleinement investie et soutenue par la Direction Générale de l'AHB.

Le Système d'Information de l'AHB doit être évolutif et réaliste sur le long terme, car en matière de gestion de l'information, les adaptations sont permanentes. La vision à long terme doit être questionnée régulièrement au regard des évolutions à la fois techniques et organisationnelles. Au-delà des aspects techniques et sécurité fondamentaux ainsi que des enjeux financiers autour des SI, l'organisation et le management du SI sont primordiaux et doivent être évalués périodiquement.

Le SI de l'AHB est positionné au plein service des utilisateurs. Il est une composante structurante de la gestion de l'association, des établissements et services, et contribue fortement à la cohérence de l'organisation.

Les coopérations entre établissements, la mise en œuvre des GHT, la communication des données et les besoins de mobilité constituent les principaux enjeux de ce SDSI 2018-2022.

1. CONTEXTE ET DOCUMENTS DE REFERENCE

Le SDSI s'inscrit dans un contexte de nombreuses évolutions législatives et réglementaires, structurantes à la fois en matière d'offres de soins, de financements et de développement de nouvelles techniques. Les principales références règlementaires sont les suivantes :

- La loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016
- Le Programme Hôpital Numérique 2012 – 2016
- Les critères de certification HAS, notamment les critères 5a et 5b, 14a
- Les décrets sur la lettre de liaison, les résultats de biologie, Messagerie Sécurisée, dématérialisation des échanges
- L'instruction N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016 relative à la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information (« Plan d'action SSI ») dans les établissements et services concernés
- Le décret du 19 octobre 2010 sur la télémédecine

La politique du SI s'appuie également sur les projets et actions du GCS ESanté Bretagne qui assure la mise en œuvre des projets numériques régionaux sous l'impulsion de l'A.R.S. Bretagne et de son Département d'Innovation en Santé.

Les coopérations existantes dans le domaine des SI ont été également prises en compte : GHT du Centre Bretagne et partenariat fort existant avec le Centre Hospitalier du Centre Bretagne, GHT d'Armor et le GCS en santé mentale des Côtes d'Armor, cadre de nos partenariats avec la Fondation Bon Sauveur de Bégard et la Fondation Saint-Jean de Dieu de Léhon.

Les projets du SDSI résultent des objectifs stratégiques du Projet d'Etablissement 2018-2022 du Centre Hospitalier. Il prend également en compte les orientations des CPOM des établissements sanitaires et médico-sociaux, celles des conventions tripartites 2014-2018 de l'EHPAD et de l'USLD, les plans d'actions définis dans le cadre du compte qualité sur les thématiques gestion du système d'information et dossier patient, de même que ceux élaborés dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques sur secteur médico-social. Le contexte budgétaire contraint de ces dernières années ainsi que les perspectives budgétaires à venir doivent nous inciter à une grande vigilance : les SI représentent des investissements conséquents et il conviendra d'être attentif afin d'éviter toute dérive financière sur les projets menés. Ce contexte motive également les actions de coopération structurantes dans le domaine des systèmes d'information.

Une réflexion pluri professionnelle a été engagée afin de préciser les objectifs du SI et les projets à mener sur les cinq années à venir.

Le précédent SDSI 2012-2017 comprenait notamment des objectifs sur le déploiement complet du Dossier Patient Informatisé (DPI) sur les établissements sanitaires et médico-sociaux, l'ouverture vers l'extérieur avec le déploiement de la messagerie sécurisée et de la Télémédecine, la structuration de la sécurité informatique (PSSI, PRA, RSSI et CSSI), la mise en œuvre de la seconde salle serveur et le renforcement de l'effectif de l'équipe informatique avec le recrutement d'un Ingénieur Systèmes et Réseaux.

2. OBJECTIFS DU SYSTEME D'INFORMATION DE L'AHB

Le SI de l'AHB 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 les meilleurs soins et accompagnements aux usagers. Les outils déployés doivent être adaptés aux organisations et aux différents métiers, en adéquation avec les objectifs stratégiques de l'AHB.

La communication, les coopérations, la mobilité des professionnels et des usagers, avec par exemple les exercices professionnels multi-sites, doivent être prises en compte.

Le Si doit également permettre aux fonctions supports de travailler de façon efficiente.

Les principaux objectifs du SI sont les suivants :

- Poursuivre la mise en œuvre des DPI intégrés et communicants dans les domaines sanitaires et médico-social,
- Favoriser les échanges d'informations avec les correspondants extérieurs autour des patients et résidents,
- Mettre en œuvre le DPI Communautaire dans le cadre du GHT Centre Bretagne,
- Etudier les liens entre notre SI et le SDSI communautaire du GHT Centre Bretagne sur les périmètres en dehors du DPI (Achats, DIM, Pharmacie …),
- Contribuer à promouvoir l'AHB et à développer la communication de l'AHB en favorisant l'implantation de NTIC,
- Répondre à la demande de mobilité des personnels et des patients/résidents/usagers,

- Apporter des outils informatiques aux fonctions supports pour faciliter leurs missions,
- Maintenir l'infrastructure technique à niveau,
- Assurer la sécurité des SI,
- Assurer une veille juridique, sécurité et technologique sur les SI.

3. PROJETS IDENTIFIES A METTRE EN ŒUVRE SUR LES ANNEES 2018-2022

Les projets ci-dessous ont été identifiés sur les années 2018-2022. Ils feront l'objet de fiches projets et d'une évaluation annuelle lors du COPIL SI. D'autres projets viendront enrichir le SDSI au fur et à mesure de l'introduction de nouvelles règlementations, de nouveaux besoins ou de nouvelles technologies.

a. Dossier Patient

L'objectif général est de poursuivre le **développement des Dossiers Patients/Résidents Informatisés en favorisant l'intégration et les possibilités de communication**. Ces outils doivent être au service des professionnels des équipes.

A ce jour, deux dossiers patients subsistent : un dossier informatisé et un dossier papier. La politique du dossier patient prévoit le passage progressif du dossier papier vers le dossier informatisé au fur et à mesures des possibilités d'informatisation et développement des fonctionnalités du DPI, l'objectif de cette politique est de faire en sorte que le temps de cohabitation des deux environnements soit le plus réduit possible.

A cette fin, un comité de pilotage (composé de la DAFSI, DIM, Direction des Soins, DQSGR, Président CME, Médecins, Utilisateurs…) pilote la mise en œuvre de ce projet et suit son avancement lors d'une réunion au minimum annuelle.

Politique du dossier patient :

La politique du dossier patient au sein des établissements sanitaires de l'AHB (Procédure Générale PG-03-01version 06) définit les règles de gestion du dossier patient : responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage…

- Confidentialité et secret professionnel :

Chaque intervenant est formé à l'utilisation du logiciel et dispose de mot de passe et identifiant personnel. La formation comporte des consignes de respect de la confidentialité et du secret professionnel : les intervenants ne doivent consulter que les dossiers des patients dont ils ont la charge.

La circulation de dossiers papier s'effectue sous la responsabilité du professionnel qui transporte le dossier (médecins, secrétaires médicales, responsables unités de soins, infirmiers, professionnels paramédicaux).

L'utilisation du dossier par les professionnels de santé s'effectue en respectant le secret professionnel partagé.

L'utilisation du dossier par les stagiaires s'effectue sous la responsabilité du professionnel présent et une sensibilisation à la notion de secret professionnel est effectuée par ce dernier.

- Composition du Dossier du patient :

Le dossier patient informatisé est établi pour chaque patient sur la base de données stables (Identité patient) et de données liées à un séjour (hospitalisation temps plein, hospitalisation temps partiel, consultations ambulatoires…).

Un classeur « dossier du patient » est composé d'une page de garde et de 8 à 12 parties. Dans chaque partie sont insérés des documents de manière systématique (fiches précédées d'un astérisque) et d'autres en fonction des besoins (dès leur utilisation ou existence).

- Utilisation et tenue du dossier :

Chaque utilisateur est responsable de ce qu'il écrit ou enregistre dans le dossier du patient ainsi que, pour le dossier papier, du classement de ses écrits dans la rubrique du dossier le concernant et ce, au fur et à mesure de leur élaboration (le dossier doit contenir les données actualisées de la prise en charge du patient).

- Evaluation et amélioration :

Un audit de la tenue des dossiers est effectué au minimum tous les 2 ans, sous la Responsabilité du Dim et en associant la DQSGR et les équipes concernées. Les résultats de cet audit, réalisé dans le cadre du recueil des indicateurs IPAQSS, sont présentés en Comité de Direction et en CME. Un plan d'action est validé afin de corriger les défauts éventuellement constatés. Les actions d'amélioration sont intégrées au Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

❖ **Sanitaire**

- Orbis Share, module permettant la génération automatique de documents type PDF à partir du Dossier Patient Informatisé et le transfert via les outils de messagerie sécurisée.
- Orbis : Prescriptions de Mise en Chambre Isolement (MCI) et Contention, informatisation des prescriptions de MCI et des mises sous Contention en tenant compte des recommandations H.A.S. dans ce domaine et des instructions réglementaires.
- Orbis : Dictée Numérique, module de dictée numérique intégré au Dossier Patient Informatisé.
- Orbis module AGIRH/PATHOS, module intégré au Dossier Patient Informatisé.
- Orbis module Agenda/Rendez-Vous, module intégré au Dossier Patient Informatisé et intégration des fonctions de rappel des RDV par SMS/messagerie. Ces modules de gestion des rendez-vous viennent en appui de l'objectif du Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de développer l'activité ambulatoire (CMP et Hôpital de jour) en permettent d'améliorer les organisations.
- Orbis dossier de Pédopsychiatrie : Etude, modélisation et prise en compte des spécificités de la Pédopsychiatrie dans le Dossier Patient Informatisé.
- Installation du module Hydmédia, gestionnaire intégré de toute la production documentaire.

- Adaptations réglementaires et fonctionnelles permanentes notamment adaptation aux nouvelles techniques de prise en charge (rTMS, réhabilitation psycho-sociale …)

❖ **Médico-Social**

- Osiris : Circuit du Médicament, mise en place du circuit du médicament intégré au Dossier du Résident Informatisé.
- Osiris : Module Agenda/Rendez-Vous, mise en place du module dans le Dossier du Résident Informatisé.
- Osiris : Projet Personnalisé Individuel (PPI), Mise en place du module dans le Dossier du Résident Informatisé.
- Adaptations réglementaires et fonctionnelles permanentes

b. Gestion de l'Information Médicale

Le Système d'Information doit pleinement intégrer la gestion de l'information médicale en assurant son acquisition, son intégrité, sa pertinence, son stockage et son utilisation par les professionnels de santé tout en préservant le secret médical. Un autre aspect de cette gestion de l'information médicale concerne la mise à disposition au Département d'Information Médicale (DIM) d'outils permettant un traitement optimal et efficient de l'information médicale et notamment du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Une cellule de suivi de l'activité et de l'efficience médico-économique sera créée à l'AHB (cf projet d'optimisation des moyens financiers) avec comme principales missions le suivi de l'activité des établissements et services, la mise en perspective de l'activité réalisée avec les moyens alloués et consommés, la diffusion d'information médico-économique auprès des acteurs de terrain ainsi que l'échange sur les pratiques. Un travail de concertation et de mise à disposition de données pertinentes sera à mener avec les médecins de l'AHB afin de leur fournir les données statistiques et épidémiologiques souhaitées.

Le SI doit évoluer au fur et à mesure des connaissances et des techniques et nous devons proposer et mettre en œuvre des solutions informatiques innovantes qui répondent aux besoins des personnels de la santé en matière de fonctionnalités, à la population en termes de soin et de service rendu, et à nos partenaires sur les aspects partages et échanges de données. Les services et outils numériques (Télémédecine, DMP et DP, messagerie sécurisée, plates-formes d'échanges …) facilitent ces évolutions.

L'article 96 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) donne des directives et indications sur le respect de la vie privée et du consentement du patient, la conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité, les modalités d'hébergement de données de santé, le DMP et la messagerie sécurisée, et ce pour le sanitaire, le social et le médico-social. La Caisse nationale de l'assurance maladie assure notamment la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé (DMP). Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.

La circulaire du 02 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie

quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016, précise les objectifs attendus sur les différents projets de SI, en cours, autour de la coordination :

- '*ceux destinés à aider les professionnels à connaître l'offre disponible afin que des solutions puissent être recherchées et mises en place de façon collaborative : du répertoire opérationnel des ressources (ROR) ; des SI de suivi des orientations ; des services numériques d'appui à la coordination usuelle et complexe (SNACs), des SI devant permettre d'outiller et faciliter le développement de l'accueil temporaire,*

- *ceux destinés au partage de l'information entre professionnels habilités, contribuant à la prise en charge des personnes concernées, avec leur accord. Il s'agit notamment, du dossier médical partagé (DMP), du dossier de l'usager en ESMS (chantier en cours) devant permettre de définir un socle commun d'informations partageables pour un meilleur accompagnement de la personne au service de son parcours de vie).*

Dans le cadre des travaux sur la transformation de l'offre, une attention particulière sera portée à l'outillage des ESMS et à leur participation aux SI territoriaux.'

Ces différentes politiques et directives autour des échanges numériques dans le secteur de la Santé constituent des enjeux importants pour l'AHB sur les années à venir et seront un élément primordial de la réussite de nos objectifs en termes de développement de l'ambulatoire sur la Psychiatrie et de décloisonnement entre Sanitaire et Médico-social. Les échanges entre professionnels seront facilités tout en garantissant à la fois le respect du secret médical et le respect des droits des usagers (vie privée et consentement éclairé). Les parcours des usagers seront fluidifiés et mieux coordonnés grâce à la disponibilité et au peuplement organisé des différents répertoires d'offres et de ressources.

c. Outils d'échanges et de communication

L'objectif recherché est de promouvoir l'AHB à la fois auprès des patients, résidents, des proches, des familles mais aussi auprès de tous nos correspondants et partenaires externes médicaux et non médicaux.

- **Dossier Médical Partagé (DMP)** : Déployer et alimenter le DMP afin de permettre un meilleur suivi dans les parcours des usagers ainsi qu'une prestation de santé mieux coordonnée. Le DMP est un lien entre les professionnels de santé et facilite notamment le suivi des personnes avec des pathologies lourdes ou des pathologies chroniques. Le DMP est en expérimentation depuis le début de l'année 2017 dans neuf départements français, dont celui des Côtes d'Armor et la généralisation est prévue en 2018. En Psychiatrie, le DMP permet de mieux fluidifier et coordonner les parcours, parfois complexes de nos patients et d'éviter notamment des ruptures de soins par un meilleur maillage entre les professionnels qui prennent en charge les usagers.

- **Dossier Pharmaceutique (DP)** : Faciliter l'accès au DP des patients et résidents pour les pharmaciens et médecins de l'AHB. Cela permettra aux professionnels de santé médicaux d'avoir accès à l'historique des prescriptions de ville sur les médicaments et dispositifs médicaux limitant ainsi les risques liés aux interactions avec nos propres prescriptions.

- **D.P.I Communautaire** : Dans la cadre de la mise en place des G.H.T, étude, modélisation et création d'un Dossier Patient Informatisé « accessible » par les membres habilités du G.H.T. S'inscrit dans le cadre du

besoin d'interopérabilité entre les DPI Orbis de l'AHB et du Centre Hospitalier du Centre Bretagne, support du GHT (lien entre UMP, ELSA, Urgences et services de soins du CHCB).

- **Télémédecine, développement des usages des outils de la E-médecine** avec nos partenaires externes.
- **Échange sécurisé entre professionnels**, développer les usages des outils de messagerie sécurisée pour les médecins mais aussi pour les autres professionnels des équipes de prise en charge ou de coordination (assistantes sociales et MAIA par exemple) dans le respect de la réglementation relative au partage d'information médicale.
- **Développement de l'usage de N.T.I.C** :
  - création d'une cellule interne pour la promotion et la diffusion de contenu sur l'A.H.B au travers des N.T.I.C, des réseaux sociaux notamment.
  - développement de l'utilisation d'outils de vidéo-conférence standards pour les professionnels et pour les familles/aidants éloignés de leurs proches.

d. Fonctions supports

Optimiser l'organisation des fonctions supports par la refonte ou la mise en place d'outils permettant de répondre aux évolutions et exigences.

❖ Circuit du médicament

- DPI Osiris : Circuit du Médicament, mise en place du circuit du médicament intégré au Dossier du Résident Informatisé.
- DPI Orbis : optimisation du circuit des observations pharmaceutiques.
- Optimisation de la dispensation pharmaceutique par la mise en œuvre d'un réseau sans fil WIFI permettant la validation immédiate de l'administration.
- Dématérialisation des commandes Pharmacie : optimisation des processus de commandes des services auprès de leurs fournisseurs par la mise en place d'un outil de commandes dématérialisées.
- Mise en œuvre et optimisation des préconisations de commandes.

❖ Gestion des Ressources Humaines

- Gestion du temps de travail (GTP) et de la suppléance : Etude et mise en place d'outils adaptés à l'organisation définie entre la DRH et la Direction des Soins sur la GTP et sur la suppléance (notamment outil de Workflow pour gérer les aspects logistiques et informatiques lors des mouvements de personnel).
- Formation Continue : mise en place d'un logiciel de gestion de la formation continue.
- Développement du E-Learning et des plates-formes collaboratives : Etude et mise en place d'outils de E-Learning pour les professionnels au sein de l'A.H.B.

- G.P.E.C. : mise en place ou optimisation du logiciel de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.
- Vote électronique : étude de mise en place d'un outil de vote électronique lors des élections internes.
- Bilan Social : mise en place du module Bilan Social de CEGI.

❖ Gestion des Ressources Financières

- Gestion des immobilisations : étude et mise en place d'un logiciel de gestion des immobilisations plus performant et adapté aux besoins de l'A.H.B.
- Interface Caisse/Sage1000 (Esat de Glomel) : mise en place d'une interface pour « automatiser » l'intégration du journal de caisse (maraichage) directement dans le logiciel de comptabilité Sage1000.

❖ Contrôle de Gestion - DIM

- Pilotage Médico-économique et requêtages : mise en place d'un outil de pilotage médico-économique et de requêtage afin de répondre aux demandes internes et externes de production de données agrégées (tableaux de bord…). Disposer d'un outil permettant l'extraction et la présentation de données des bases Patient/Résident (Orbis, Osiris, Hexagone, bases PMSI …) et des autres bases de données (RH, finances, qualité, DTL …).
- Adapter les outils de recueil de l'information aux réformes budgétaires, tarifaires ou financières (SERAFIN PH, PMSI, T2A, CPOM et EPRD en médico-social …).

❖ Gestion Technique et Logistique

- G.M.A.O : aide à la mise en place d'un outil de G.M.A.O à la Direction Technique et Logistique, afin d'optimiser et d'assurer un meilleur suivi des demandes d'interventions et du parc technique.

Dans un second temps, ce projet pourra être étendu à la gestion des dispositifs médicaux.

❖ Gestion Administrative des Patients/Résidents

- Module Consultations Externes de Hexagone : mettre en place le module consultations externes pour la gestion des venues en ambulatoire.
- Suivi des Soins Sans Consentement : assurer un meilleur suivi des SSC (suivi des certificats, du calendrier et des délais…).
- Action continue de sensibilisation des utilisateurs sur l'identitovigilance.
- Logiciel de gestion de l'argent de poche patients/résidents : remplacer le produit actuel, obsolète, par un nouveau logiciel déporté sur les établissements et services assurant le suivi de l'argent de poche des patients/résidents.

e. Gestion documentaire et circulation de l'information

Permettre aux utilisateurs, par la mise en place ou la modification d'outils, de faciliter leur organisation et le traitement des données tout en répondant aux exigences réglementaires :

- Gestion **des Demandes/Ressources** : optimisation et mise en place d'un système Intranet avec les outils permettant une meilleure qualité des différents échanges de type **WORKFLOW** :
  - Mouvements de personnels : gestion de toutes les informations nécessaires aux services logistiques et informatique lors de l'arrivée, mutation ou départ d'un professionnel de l'AHB
  - Réservation de salles et de véhicules,
  - Inscription aux formations,
  - Gestion des Evénements Indésirables,
  - Gestion des chutes,
  - Gestion des accidents du travail;
- Favoriser l'accès et l'utilisation du PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) sur le logiciel Blue Medi.
- Développer des enquêtes ciblées sur des thématiques spécifiques (droits des patients, préparation de la sortie…).
- Développer le suivi des prescriptions transports à la charge de l'assurance maladie afin de suivre les dépenses liées aux transports et le CAQES.
- Dématérialisation des échanges CHORUS : obligation réglementaire de dématérialisation des factures à compter du 1er Janvier 2018.
- Dématérialisation des contrats de travail et des bulletins de salaires.
- Dématérialisation des commandes des services gestionnaires : optimisation des processus de commandes des services auprès de leurs fournisseurs par la mise en place d'un outil de commandes dématérialisées.

f. Projets techniques

L'AHB se doit dans le cadre de son évolution, de maintenir et de faire évoluer ses infrastructures techniques afin de rester un acteur visible et de favoriser l'usage des outils numériques par la mise en place de nouveaux systèmes.

- **Réseau sans fil Wifi** : étude et mise en place sur l'ensemble des établissements (sanitaires et médico-sociaux) de l'AHB d'un système réseau Wifi favorisant à la fois l'organisation des pratiques professionnelles et les accès à Internet pour les patients/résidents.

- Téléphonie sur IP en collaboration avec la DTL : étude pour la mise en place de la téléphonie sur IP au sein de l'AHB.
- **Portail de sécurité SOPHOS** : refonte du système FireWall Sophos en fonction depuis six ans.
- **Outil de travail collaboratif (Cloud)** : étude pour la mise en place d'outil de travail collaboratif au sein des services de l'AHB afin de répondre de manière optimum aux demandes de partages de documents.
- Evolution Messagerie Interne : changement de la version du logiciel de serveur de messagerie interne devenu obsolète.
- Changements périodiques des matériels (postes, serveurs, éléments de réseau…).
- Câblage optique du Centre Hospitalier : revoir l'infrastructure optique dont le débit maximal est limité à 100 Mb/s.
- Mises à jour des logiciels : assurer les évolutions et mises à jour des différents logiciels.
- Evolution de l'environnement de sauvegarde de l'AHB : améliorer le système de sauvegarde des données par l'augmentation des temps de rétention des données.
- **Mise en place d'un annuaire de type LDAP** : étude de faisabilité et réalisation d'un annuaire LDAP commun informatique/téléphonie/autres services.
- Outil de supervision des réseaux : acquérir un outil de supervision des trafics réseau ainsi que de la gestion des incidents.
- En lien avec le projet social de l'AHB et le volet « qualité de vie au travail », garantir l'ergonomie des postes de travail informatiques et des logiciels utilisés.

g. Sécurité du Système d'Information

La sécurité du système d'information est un enjeu majeur pour l'AHB. Les actualités quasi permanentes sur ce sujet nous incitent à une grande vigilance sur ces sujets.

- Amélioration en continu des politiques et des plans de reprise-continuité d'activité (PSSI, PRA, CSSI…).
- Politique sur les supports de type USB : dans le cadre de la PSSI actuelle, étudier et rédiger une politique sur la connexion des supports externes type USB sur les matériels de l'AHB.
- Chiffrement des disques durs : dans le cadre de la sécurité des systèmes d'informations et afin de ralentir un potentiel accès externe sur nos données, étude et mise en place d'outils de chiffrement de nos disques durs.
- **Mise en place du RGPD (Référentiel Général de Protection des Données)** : obligation réglementaire (règlement européen) à mettre en place pour le mois de mai 2018.
- **Gestion des identifications et des accès informatiques** : continuer et améliorer les procédures d'identification des usagers sur les systèmes informatiques par la mise en place d'outils et d'organisations à consolider.

- Evaluation du niveau de pertinence de la sécurité avec les besoins utilisateurs. Mener une réflexion sur le niveau de sécurité à mettre en place au sein de l'AHB en croisant les besoins de sécurité et les besoins des utilisateurs.

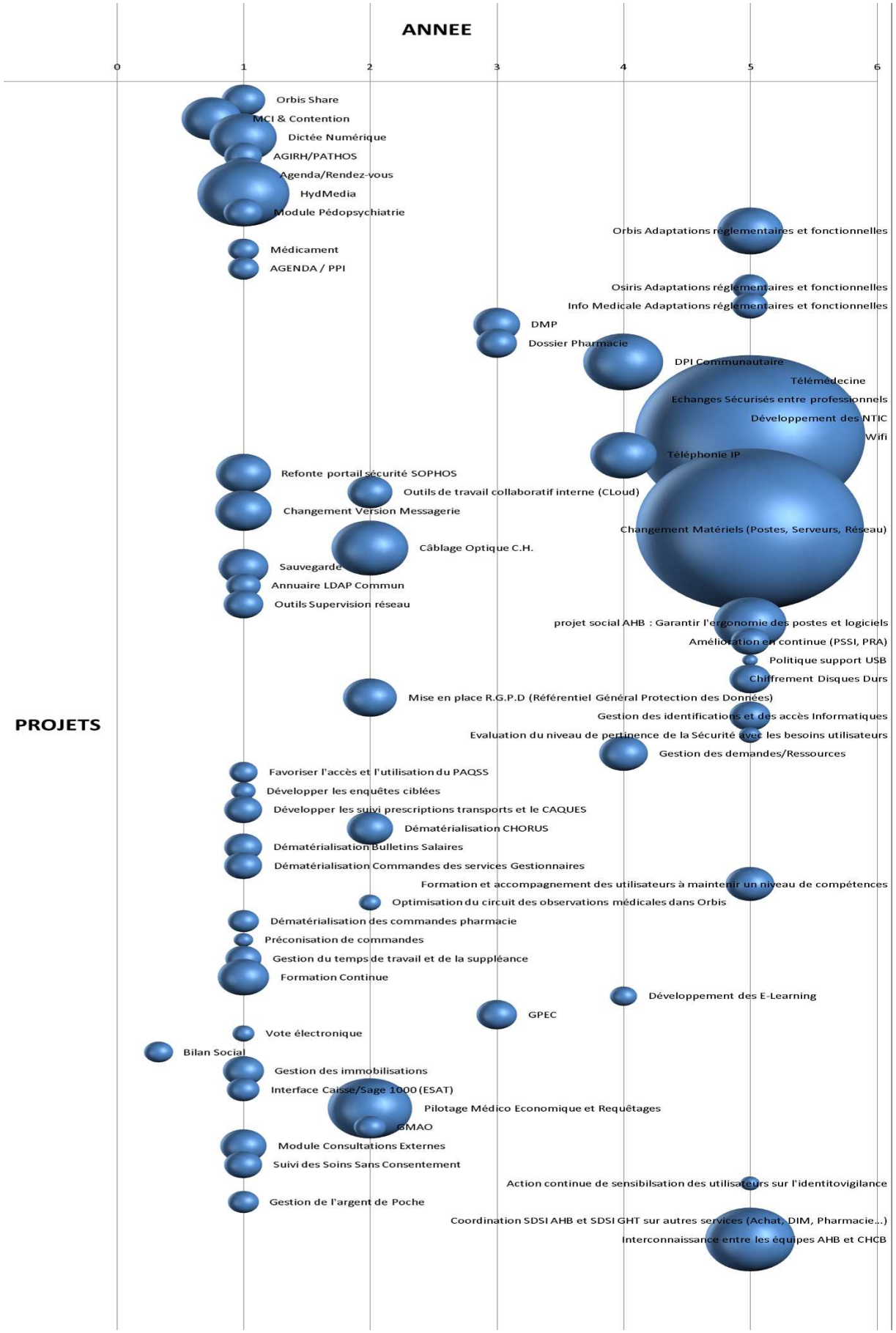
h. Organisation et pilotage du Système d'Information

L'organisation et le pilotage du système d'information sont intégrés au pilotage général de l'AHB. Les missions et actions en lien avec les SI font l'objet de communications régulières auprès des services et des instances de l'AHB.

- **Organisation et communication sur le Système d'Information** : Poursuivre les réunions périodiques des Comité de Pilotage Système d'Information, CSSI, comité Orbis et organiser la communication autour des décisions de ces instances.
- **Organigramme et compétences du service informatique** :
  - Déployer la GPEC sur les ressources du service informatique.
  - Suivre l'évolution de l'équipe informatique en fonction du périmètre fonctionnel : effectif et compétence à prévoir sur les 5 années.
  - Mener une réflexion sur la pérennisation en interne ou l'externalisation des fonctions ci-dessous :
    - Hotline de 1er niveau
    - Déploiement continu des matériels (postes de travail et imprimantes).
- **Formations de l'équipe informatique** : garantir à minima une formation annuelle par informaticien, afin de maintenir un niveau de compétences techniques actualisé et suffisant.
- **Formation et accompagnement continus des utilisateurs** afin de maintenir le niveau des compétences à minima au niveau actuel et développer les évaluations à postériori des formations initiales.

- Evaluer le niveau de continuité de service actuel 24h/24 sur les systèmes d'informations.
- **Coordination du SDSI de l'AHB avec le SDSI du GHT Centre Bretagne** pour les autres secteurs de coopération identifiés (Achat, DIM, Pharmacie….) en sus du Dossier Patient Informatisé.
- Interconnaissance entre les équipes de l'AHB et du CHCB : poursuivre les travaux engagés entre les deux équipes en 2017 afin d'échanger régulièrement sur des pratiques et sur des compétences particulières.
- Assurer la veille juridique, sécurité et technologique.

Synthèse graphique des projets et planning de mise en œuvre



La taille des bulles est proportionnelle au coût du projet (cf ci-dessous dans le plan d'action)

Plan d'action projets 2018-2022

Les fiches projets pour chacune des actions listées ci-dessous seront réalisées au fur et à mesure des lancements de projets.

Thème	Projet	Périmètre : AHB, Sanitaire, Médico-social, social	Service/Unité	Responsable	Année	priorité	Date de lancement	Date de fin	Indicateurs de suivi	Etat (EA, EC, T, A)	Coût total du projet
SANITAIRE : DOSSIER PATIENT	Orbis Share	Sanitaire	Tous	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2018	Nombre de documents transmis	EA	40 000 €
	MCI & Contention	Sanitaire	Tous	SI	2018	**P1**	01/04/2018	31/12/2018	Nombre de prescriptions MCI et Contentions réalisées	EA	75 000 €
	Dictée Numérique	Sanitaire	Tous	SI	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2019	Taux d'équipement des secrétariats	EA	95 000 €
	AGIRH/PATHOS	Sanitaire	USLD	SI	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2019	Nombre de coupes réalisées	EA	30 000 €
	Agenda/Rendez-vous	Sanitaire	Tous	SI	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2019	Taux de création des agendas patients, Taux d'envoi de SMS de rappel	EA	50 000 €
	HydMedia	Sanitaire	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2018	Temps de réponse machine, taux de création de documents	EA	177 000 €
	Module Pédopsychiatrie	Sanitaire	Pédopsychiatrie	SI	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2019		EA	32 000 €
	Adaptations réglementaires et fonctionnelles	AHB	Tous	SI/Responsables		**P1**	01/01/2018	31/12/2022		EC	91 000 €
MEDICO-SOCIAL : DOSSIER RESIDENT	Médicament	Médico-Social	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2018	Nombre de prescriptions Médicaments	EA	20 000 €
	AGENDA / PPI	Médico-Social	Tous	SI	2021	**P1**	01/01/2021	31/12/2021	Nombre de PPI réalisés	EA	20 000 €
	Adaptations réglementaires et fonctionnelles	AHB	Tous	SI/Responsables		**P1**	01/01/2018	31/12/2022		EC	27 000 €
INFORMATION MEDICALE	Adaptations réglementaires et fonctionnelles	AHB	Tous	SI/Responsables		**P1**	01/01/2018	31/12/2022		EC	27 000 €
COMMUNICATION	DMP	Tous	Tous	SI	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2021	Nombre de DMP créés	EA	45 000 €
	Dossier Pharmacie	Tous	Tous	Pharmacien	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2020	Nombre d'unités accédant au Dossier Pharmacie	EA	35 000 €
	DPI Communautaire	Sanitaire	Tous	SI	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2022	Taux de doublons Communautaires, Nombre de créations de dossiers communautaires	EA	135 000 €
	Télémédecine	Tous	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2022	Taux d'équipements	EA	70 000 €
	Echanges Sécurisés entre professionnels	Tous	Tous	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	10 000 €
	Développement des NTIC	Tous	Tous	Communication, Chargé Communication Digitale	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2022		EA	35 000 €

Thème	Projet	Périmètre : AHB, Sanitaire, Médico-social, social	Service/Unité	Responsable	Année	priorité	Date de lancement	Date de fin	Indicateurs de suivi	Etat (EA, EC, T, A)	Coût total du projet
INFRASTRUCTURE AHB	Wifi	Tous	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2022	Taux de couvertures des établissements	EA	1 120 000 €
	Téléphonie IP	Tous	Tous	SI	2019	**P3**	01/01/2019	31/12/2022	Taux d'équipement	EA	93 000 €
	Refonte portail sécurité SOPHOS	Tous	Tous	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2018		EA	62 500 €
	Outils de travail collaboratif interne (CLoud)	Tous	Tous	SI	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2020	Taux de couverture des postes de travails	EA	42 500 €
	Changement Version Messagerie	Tous	Tous	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2018		EA	67 500 €
	Changement Matériels (Postes, Serveurs, Réseau)	Tous	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2022		EA	1 100 000 €
	Câblage Optique C.H.	Sanitaire	Tous	SI	2019	**P1**	01/01/2019			EA	125 000 €
	Sauvegarde	Tous	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2018		EA	52 000 €
	Annuaire LDAP Commun	Tous	Tous	SI	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2019		EA	25 000 €
	Outils Supervision réseau	Tous	Tous	SI	2020	**P1**	01/01/2020	31/12/2020		EA	32 500 €
	projet social AHB : Garantir l'ergonomie des postes et logiciels	Tous	Tous	SI	2018	**P3**	01/01/2018	31/12/2022		EC	30 000 €
SECURITE DU SI	Amélioration en continue (PSSI, PRA)	Tous	Tous	SSI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	30 000 €
	Politique support USB	Tous	Tous	SSI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	5 000 €
	Chiffrement Disques Durs	Tous	Tous	SSI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	35 000 €
	Mise en place R.G.P.D (Référentiel Général Protection	Tous	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2019		EA	60 000 €
	Gestion des identifications et des accès Informatiques	Tous	Tous	SSI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	35 000 €
	Evaluation du niveau de pertinence de la Sécurité avec les besoins utilisateurs	Tous	Tous	SSI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	10 000 €
GESTION DOCUMENTAIRE ET CIRCULATION DE L'INFORMATION	Gestion des demandes/Ressources	Tous	Tous	SI	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2022	Nombre de formulaires réalisés	EA	50 000 €
	Favoriser l'accès et l'utilisation du PAQSS	Tous	Tous	DQGDR	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2019		EC	17 000 €
	Développer les enquêtes ciblées	Tous	Tous	DQGDR	2018	**P3**	01/01/2018	31/12/2019		EC	12 500 €
	Développer les suivis prescriptions transports et le CAQES	Tous	Tous	DG	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2019		EA	30 000 €
	Dématérialisation CHORUS	Tous	Tous	Finances	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2019	Nombre de factures dématérialisées	EA	45 000 €
	Dématérialisation Bulletins Salaires	Tous	Tous	RH	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2019	Nombre d'établissements	EA	30 000 €
	Dématérialisation Commandes des services Gestionnaires	Tous	Tous	Responsables gestionnaires	2018	**P3**	01/01/2018	31/12/2018	Nombre de commandes dématérialisées	EA	30 000 €
	Formation et accompagnement des utilisateurs à maintenir un niveau de compétences	Tous	Tous	Responsables	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022	Nombre de formations	EA	50 000 €

Thème	Projet	Périmètre : AHB, Sanitaire, Médico-social, social	Service/Unité	Responsable	Année	priorité	Date de lancement	Date de fin	Indicateurs de suivi	Etat (EA, EC, T, A)	Coût total du projet
FONCTIONS SUPPORTS											
Circuit du médicament	Optimisation du circuit des observations médicales dans Orbis	Sanitaire	Pharmacie	SI/Pharmacien	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2020		EA	10 000 €
	Dématérialisation des commandes pharmacie	Tous	Pharmacie	SI/Pharmacien	2018	**P3**	01/01/2018	31/12/2018	Nombre de commandes dématérialisées	EA	20 000 €
	Préconisation de commandes	Tous	Pharmacie	SI/Pharmacien	2018	**P2**	01/012018	31/12/2018		EC	7 500 €
Gestion des Ressources Humaines	Gestion du temps de travail et de la suppléance	Tous	Tous	RH	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2019		EA	27 500 €
	Formation Continue	Tous	Tous	RH	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2019	Module installé	EA	55 000 €
	Développement des E-Learning	Tous	Tous	RH	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2022	Nombre d'utilisateurs	EA	15 000 €
	GPEC	Tous	Tous	RH	2020	**P1**	01/01/2020	31/12/2022	Module installé	EA	35 000 €
	Vote électronique	Tous	Tous	RH	2020	**P2**	01/01/2020	31/12/2020		EA	10 000 €
	Bilan Social	Tous	Tous	RH	2018	**P1**	01/01/2018	30/04/2018	Rendu du bilan Social	EA	17 500 €
Gestion des Ressources Financières	Gestion des immobilisations	Tous	Tous	Finances	2019	**P2**	01/01/2019	31/12/2019	Module installé	EA	35 000 €
	Interface Caisse/Sage 1000 (ESAT)	Médico-Social	ESAT	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2018	Intégration automatique des tickets de caisse en comptabilité	EA	22 500 €
Contrôle de Gestion - DIM	Pilotage Médico Economique et Requêtages	Tous	Tous	SI	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2020	Nombre de tableaux de Bord,	EA	150 000 €
Gestion Technique et Logistique	GMAO	Tous	Tous	DTL	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2019	Nombre d'unités couvertes	EA	20 940 €
Gestion Administrative des patients/Résidents	Module Consultations Externes	Sanitaire	CMP	SI	2019	**P1**	01/01/2019	31/12/2019	Module installé	EA	45 000 €
	Suivi des Soins Sans Consentement	Sanitaire	SEGAL	SI	2020	**P1**	01/01/2020	31/12/2020	Module installé	EA	30 000 €
	Action continue de sensibilisation des utilisateurs sur l'identitovigilance	Tous	Tous	Cellule Identito-vigilance	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2022	Nombre d'erreurs d'identitovigilance	EA	7 500 €
	Gestion de l'argent de Poche	Tous	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2018	Module installé	EA	19 500 €
ORGANISATION ET PILOTAGE DU SYSTÈME D'INFORMATION	Coordination SDSI AHB et SDSI GHT sur autres services (Achat, DIM, Pharmacie...)	Sanitaire	Achats, DIM,,,,	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	5 000 €
	Interconnaissance entre les équipes AHB et CHCB	Tous	Tous	SI	2018	**P1**	01/01/2018	31/12/2022		EA	170 000 €
	Evaluer le niveau de continuité du service actuel à 24h/24	Tous	Informatique	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EA	
	GPEC équipe Informatique	Tous	Informatique	SI	2018	**P2**	01/01/2018	31/12/2022		EC	
TOTAL											**4 906 440 €**

Le total du plan d'actions en volume financier est de 4,9 M€ sur les 5 années 2018 à 2022 dont 2.6 M€ en matériel (renouvellement et nouveau matériel) toutes priorités confondues.

La répartition financière par priorité est la suivante :

- **Priorité N°1 - Total des actions de 2018 à 2022 : 3,9 M€.** En moyenne par an, les investissements informatiques de l'AHB sur cette priorité s'élèvent à 783 K€.
- **Priorité N°2 - Total des actions de 2018 à 2022 : 805 K€.** En moyenne par an, les investissements informatiques de l'AHB sur cette priorité s'élèvent à 161 K€.
- **Priorité N°3 - Total des actions de 2018 à 2022 : 186 K€.** En moyenne par an, les investissements informatiques de l'AHB sur cette priorité s'élèvent à 37 K€.

Les projets positionnés en Priorité N° 1 comprennent notamment des nouvelles fonctionnalités sur les logiciels Dossiers Patients Informatisés, sur les logiciels de gestion des Ressources Humaines, le déploiement de la GMAO, la mise en œuvre d'un logiciel de pilotage médico-économique, le développement de l'utilisation des NTIC, la Télémédecine, le DPI communautaire du GHT, des adaptations et installations techniques, la mise en œuvre d'un réseau WIFI sur tous nos établissements …

4. PROJET LOGISTIQUE, TECHNIQUE, HOTELIER, BIOMEDICAL, IMMOBILIER ET SECURITE

Axe 1 : Projet Immobilier - SCHEMA DIRECTEUR DE L'IMMOBILIER

1. LES OBJECTIFS EN MATIERE D'OCCUPATION DES LOCAUX SUR LE SITE DU CENTRE HOSPITALIER

a. Valoriser le site :

❖ **Redessiner le site hospitalier pour améliorer l'environnement et l'accueil des patients et répondre à l'évolution du système de santé**

Le développement de l'activité ambulatoire depuis plusieurs années a entrainé une baisse de l'occupation du site hospitalier :

- 1980 ➔ 1600 lits
- 2017 ➔ 160 lits dont 139 sur le site de Plouguernevel

De ce fait, à ce jour la surface totale des bâtiments soit 42 368 m2 sont inoccupés à 30% (soit 13 077 m2).

Les principales surfaces inoccupées concernent :

- Les étages 1 (pour part) 2 et 3 du grand bâtiment administratif (bâtiment 12), soit environ 4500 m2
- Les unités de soins désaffectées des bâtiments 44, 45 et 46 (4000 m2),
- Les bâtiments 50 51 et 53, ex plan blanc (600 m2),
- Les ateliers d'ergothérapie (64, 65, 66), soit 350 m2,
- L'ex pharmacie médecine du travail (70), soit 535 m2.

❖ **Redéfinir le site en concentrant les services en fonction de leur activité et en fonction des champs logistique et technique.**

Le but est de favoriser le rapprochement des différentes activités et de fait la transversalité pour augmenter l'efficience de l'activité de l'établissement.

b. Répondre aux exigences réglementaires au niveau sécurité, accessibilité, environnemental et condition de travail :

Le premier objectif est de bien accueillir les personnes en situation de handicap en prenant en compte la déficience auditive, visuelle, motrice, mentale et psychique. Cela consiste à travailler sur l'environnement des lieux de soins pour les rendre accessibles à tous (Cf Agenda accessibilité).

Le second objectif doit garantir la prise en charge des risques inhérents aux activités hospitalières notamment en matière de sécurité de l'environnement et des personnes (patients, usagers et personnels).

Enfin, le site présente un ensemble de bâtiments avec une amplitude très importante dans les dates de construction initiale, avec une grande majorité de bâtiments anciens :

n° bat	DESIGNATION	DATE DE CONSTRUCTION	n° bat	DESIGNATION	DATE DE CONSTRUCTION
01	Lgt med garde + intervenant	1978	44	Centre de Formation	1966
02	Chapelle	XVII siècle	45	Ex Seurat	1966
03-04-05-06	Chaufferie aumônerie	1978	46	Ex Segal	1968
07	Maison Médicale de garde	1968	47	Ex désinfections	1993
09	Logements	1945	48	Accueil	1993
11	SMSS H GARNIER (+extension)	1960 (2009)	49	Magasin + Salle audience JLD	1977
12	Bâtiment Principal	XIX siècle	50-51-52	Plan Blanc	1966
13	Bureau 22G07	1948	53	Salon Esthétique	1970
14-15	Kinesitherapeute+sanit	1948	55	Addictologie	1973/1993
16	Locaux activités	1960	56	Abri poubelle	1993
17	Ex Chateaubriand	1948	57	Segal	1975-78-2009
18-19-20	Ex Stephan	1936	58	Sanitaire	1978
21	Restaurant Entreprises	1968	59	UIGP + Magasin	1966/1978
22	Centre de formation	XIX siècle	60	Gauguin	1974
23	Bibliothèque	1968	61	Matisse	1974
24	Local surpresseur	1972	62	Bureau Sécurité	1976
25-26	Ty Nevez - Maison des associations	1980	63	Abri vélo	1985
27	Abri de jardin SMSS	1973	64-65-66	Atelier Ergothérapie	1976
28	Locaux syndicaux	1968	67	Garage/Bureaux DTL	1979
29	Villa médecin	1988	68	Garages véhicules	1979
30	Abri de jardin Villas	1955	69	Atelier Tech Plomberie	1979
31	Chaufferie BP1	1968	70	Ex Pharmacie	1979
32	Groupe electro 400 KVA	1968	71	Atelier Tech peinture	1979
33	Local déchets + DASRI	1995	72	Poste livraison électrique	1979
34	Local Poubelles	1991	73-74	Atelier Tech Menuiserie	1979-1988
35	Bureau entrée nord	1969	75	Groupe électrogène 100 KVA	1979
36-37	Réservoir Eau 2x500 m3	1976	76	Abri Gaz	1979
38	Blanchisserie	1968	77	réserve	1985
39-40-41	Ex Larmor	1936	78	Reserve SAPH	1985
42-43	Pissarro + Addicto	1940	79-80	Gymn/Balnéo-Musculation/Bur SAA	1978

Les unités de soins ont fait l'objet de réhabilitations successives qui ont permis de maintenir des prestations hôtelières d'un niveau très acceptable. De la même manière, compte tenu de l'évolution des règlementations depuis les dates de construction, les mises en conformité au regard des réglementations ont été réalisées de manière régulière.

Il apparait cependant certains écarts entrainant des besoins de mise en conformité afin de parfaitement répondre à la réglementation dans les domaines suivants :

- Non-conformité accessibilité,
- Consommation en énergies importante (Chauffage / ECS)
- Toiture vieillissante : risque d'infiltration

- Régime alimentation électrique sans neutre, ….
- Présence d'amiante et de plomb dans plusieurs bâtiments,
- Non-conformité Sécurité Incendie sur certains bâtiments.

Les actions

- ⇨ Déconstruire des bâtiments inoccupés.
- ⇨ Réhabiliter les bâtiments occupés vieillissants en fonction des projets de service.
- ⇨ Garder une unité tiroir et localisation du plan blanc en repli.
- ⇨ Recentrer les Services Administratifs au Bâtiment 12 (Directions, Formation, Salles de réunion, etc…)
- ⇨ Concevoir un magasin centralisé en investissant des locaux existants et en redéfinissant les locaux logistiques en fonction de la nouvelle organisation transport.
- ⇨ Définir les besoins et aménagements nécessaires pour les ateliers techniques et la logistique.
- ⇨ Accompagner la mise en place des activités culturelles, sportives, etc… en modernisant les bâtiments existants (Chapelle, gymnase, etc…) ou en créant un pôle spécifique sur le CH.
- ⇨ Créer des zones arboretum ou fruticetum, des parcours de santé, jardins partagés, etc…
- ⇨ Développer un espace détente pour le personnel (cafétéria, etc…)
- ⇨ Redéfinir la signalétique au sein du CH
- ⇨ Améliorer l'Accueil du CH en matière de parking visiteur
- ⇨ Adapter ou créer les locaux pour réorganiser l'activité de l'Unité Intersectorielle de Géronto-Psychiatrie. Réflexion partagée avec le GHT 8 sur l'implantation d'une UCC.
- ⇨ Développer l'habitation pour les professionnels en périphérie du site hospitalier (internes en médecine, médecins, intérimaires, stagiaires, etc…). Cet axe est à moduler en fonction de projets autres (hébergement des internes sur Carhaix…).
- ⇨ Etudier pour chaque unité la possibilité d'implanter un lieu d'accueil pour les familles et les patients (Maison des usagers ?)
- ⇨ Etudier et améliorer l'isolation des locaux en remplaçant les verrières (vérandas) des unités des soins (bâtiments 57, 60, 61).
- ⇨ Intégrer des chambres d'apaisement dans les unités en ayant le besoin.
- ⇨ Accompagner les réflexions (GHT, PDSM 22 et 56…) sur l'implantation d'une unité d'hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie adaptée aux patients avec troubles du comportement (sur CH de Plouguernével ou autre établissement.

2. LES OBJECTIFS EN MATIERE D'OCCUPATION DES LOCAUX DE L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES (UMD)

a. Faire évoluer et améliorer l'environnement des patients

Depuis l'ouverture de l'UMD, il n'a pas été réalisé de travaux conséquents sur les locaux et leur distribution.

La promotion des droits fondamentaux des patients, de même que l'évolution des prises en soins, engagent des évolutions de l'environnement du patient (convivialité et esthétique des locaux, accès à la musique dans les chambres, développer les possibilités d'activités physiques…) qui justifie, après 10 années d'exploitation, la définition d'un programme d'aménagement des locaux et la mise en place de dispositifs particuliers.

b. Garantir la qualité et la sécurité des soins et des professionnels

Un plan de sécurisation est intervenu en 2011 et 2012, qui a notamment compris des travaux d'insonorisation, de sécurisation, et le déploiement d'équipements de surveillance supplémentaires, sur la base des technologies mises en œuvre à l'ouverture.

Il est nécessaire de faire évoluer les dispositifs de sécurité au regard des nouvelles technologies et de l'évolution des pratiques, les dispositifs d'origine arrivant en fin d'exploitation.

➲ Les actions

- ⇨ Réfection et aménagement des locaux de vie (partie jour) et des pièces de consultations.
- ⇨ Aménagement de la cour.
- ⇨ Remplacer le système d'ouverture des portes actuelles afin de permettre des interventions plus rapides des équipes.
- ⇨ Remplacer les serrures des portes chambres et salle de bain obsolètes par un système de nouvelle génération.
- ⇨ Etudie, dans le cadre de la réflexion des équipes médicales et de soins sur les pratiques d'isolement et de contention, l'implantation d'espaces ou chambres d'apaisement.
- ⇨ Adapter les locaux du personnel et de soins qui le nécessitent afin d'améliorer les conditions de travail.

3. LES OBJECTIFS EN MATIERE D'OCCUPATION DES SITES SUR LES ACTIVITES EXTRA-HOSPITALIERS DE L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRETAGNE

a. Répondre aux besoins de l'activité ambulatoire :

Le développement de l'activité réalisée en ambulatoire (augmentation des files actives, déploiement de nouvelles approches soignantes,…) et l'évolution des missions des CMP et hôpitaux de jour proposées dans le cadre du projet d'établissement, imposent la poursuite du programme d'adaptation des bâtiments et de l'environnement afin de répondre à l'évolution des besoins, avec notamment le regroupement des activités de CMP et d'hôpital de jour.

b. Répondre aux exigences réglementaires relatives à la sécurité, à l'accessibilité, à l'environnement et aux conditions de travail.

En sus des aspects réglementaires, les implantations ambulatoires doivent s'intégrer à l'urbanisme local dans le but de dé-stigmatiser la maladie psychique et de faciliter l'insertion dans la cité de l'offre de soins en psychiatrie.

Il importe de définir un schéma cible de l'offre ambulatoire, prenant en compte les contraintes d'accessibilité et d'adaptation aux activités des implantations les plus anciennes. Cette réflexion doit intégrer la mixité des populations (enfants, adultes, personnes âgées) sur les implantations à reconfigurer.

➲ Les actions

- ⇨ Mutualiser les locaux du CMP et de l'HJA PONTIVY sur le site de l'ancien HJE.
- ⇨ Mener une réflexion sur l'offre globale des activités de soins sur ROSTRENEN afin de déterminer une orientation d'investissement immobilier.
- ⇨ Accompagner la réflexion sur les espaces d'apaisement dans les Hôpitaux de Jour.

4. LES OBJECTIFS EN MATIERE D'OCCUPATION DES SITES SUR LES ACTIVITES MEDICO-SOCIALES ET SOCIALES

a. Adapter l'environnement des résidents aux nouvelles activités

- Faire évoluer les bâtiments et l'environnement des maisons d'accueil spécialisées et du foyer d'accueil médicalisé pour répondre aux nouvelles missions d'accompagnement, notamment : parcours individualisés s'appuyant sur les ressources de l'environnement des personnes, diversification de l'offre, promotion de la participation des usagers, soutien des aidants.
- Accompagner les réflexions sur l'habitat inclusif et inciter au développement de projets en collaboration avec les bailleurs sociaux, les collectivités, nos partenaires médico-sociaux ….
- Dimensionner l'offre de logements adaptés gérés par l'AHB ou dans le cadre de partenariats.
- Repenser l'offre de logements mise à disposition des usagers de l'ESAT de Glomel, et intégrer la problématique du logement des ouvriers ESAT qui partent en retraite.
- Avoir une situation décrivant les potentiels d'extension des différentes structures au niveau technique et architectural ainsi que les besoins des établissements pour lesquels la configuration actuelle n'est pas satisfaisante : par exemple création de chambres d'apaisement, plateaux techniques…
- Accompagner l'ESAT de Glomel sur l'évolution de l'environnement des ateliers de production.

b. Adapter les dispositifs à l'accompagnement des personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes

- Répondre au besoin d'accompagnement de personnes âgées et personnes âgées vieillissantes avec des troubles cognitifs, atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée.

c. Répondre aux exigences réglementaires au niveau sécurité, accessibilité, environnemental et conditions de travail :

Le premier objectif est de bien accueillir les personnes en situation de handicap en prenant en compte la déficience auditive, visuelle, motrice, mentale et psychique. Cela consiste à travailler sur l'environnement des lieux de soins pour les rendre accessible à tous. (Cf Agenda accessibilité)

Le second objectif doit garantir la prise en charge des risques inhérents des activités d'accompagnement médico-social et social, notamment en matière de sécurité de l'environnement et des personnes (patients, usagers et personnels).

➲ **Les actions**

⇨ Mener une réflexion sur la possibilité d'ouverture d'une UHR sur la Résidence Keramour.

⇨ De manière générale, étudier les différentes possibilités d'adaptation des locaux aux besoins résultant de la diversification de l'offre des établissements médico-sociaux.

⇨ Construction de logement, dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu ordinaire : Habitat Inclusif.

⇨ Etudier une extension de surface afin de développer / créer des plateaux technique et logistique complémentaires (environ 400M²) au « Centre Ker Arthur » Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) / Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) à CHATEAUNEUF DU FAOU.

⇨ Etudier la faisabilité d'une extension à la MAS « le Petit Clos » à PLOEUC L'HERMITAGE » ;

- ⇨ Etudier avec le Service Sécurité des solutions 10domotiques pour répondre aux besoins des résidents ;
- ⇨ Evaluer et mettre en conformité la balnéothérapie de la MAS de CALLAC, ainsi que la localisation du plateau technique.

AXE 2 : Maintenance et Exploitation

1. LES OBJECTIFS EN MATIERE DE MAINTENANCE DES INSTALLATIONS TECHNIQUES (GESTION EAU, AIR ET ENERGIE) ET EQUIPEMENTS (HORS DM) :

a. Assurer le bon fonctionnement des équipements et installations techniques de nos établissements

Cet objectif permet d'assurer la continuité de l'ensemble des activités encadrant les prises en soins et l'accompagnement des personnes et vise à améliorer l'identification et la planification des maintenances préventives en vue d'éviter une panne.

De plus, il répond aussi aux obligations de sécurité pour l'accueil du public, de même qu'à la démarche d'amélioration des conditions de travail.

b. Maintenir la conformité des équipements et installations techniques de nos établissements

En effet, nous devons assurer une veille réglementaire et un maintien en conformité des installations techniques sur les aspects de sécurité, d'environnement et d'hygiène.

c. Animation des équipes pour atteindre les objectifs

- Mettre en œuvre une organisation rationnelle et transversale afin de garantir une prestation de service répondant aux besoins des activités de soins et d'accompagnement.

Cette organisation doit à la fois :

- permettre d'améliorer la réactivité afin de réduire les délais d'intervention.
- Permettre une optimisation du service rendu par le service maintenance exploitation : qualité, coûts de fonctionnement.

2. LES OBJECTIFS EN MATIERE DE GESTION DES EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX ET DISPOSITIFS MEDICAUX

a. La réglementation, nous impose une organisation spécifique de ces équipements car elles sont en lien direct avec les besoins des équipes soignantes

Les principales orientations qui en résultent, adaptées aux activités de l'Association, sont les suivantes :

[10] Domotique : Les aides technologiques utilisent les technologies de l'information et de la communication pour compenser le handicap et favoriser l'autonomie des personnes.

- Veiller au bon fonctionnement et à la disponibilité des DM en mettant en place la maintenance et le contrôle de ceux-ci afin de garantir la meilleure sécurité et qualité de soins possible pour les patients.
- Obtenir une organisation efficiente de par l'utilisation d'outil de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) afin : d'assurer la traçabilité de toutes les interventions sur un dispositif, de l'historique des interventions préventives et curatives.
- Programmer toutes les maintenances préventives dépendant d'une utilisation du dispositif.
- Aider aux diagnostics et à la réparation des DM grâce aux actions ayant été réalisées pour des pannes antérieures 'éviter la rupture de stock.

❖ **Références :**

- « Le guide des bonnes pratiques de l'ingénieur biomédical »
- Le guide « Maintenance des Dispositifs Médicaux » et « Le guide juridique et pratique » réalisés par la DRASS Midi-Pyrénées
- Le guide « Mise au point sur la maintenance des dispositifs médicaux » réalisé par l'ANSM.

❖ **Différentes normes associées :**

- L'ISO 13485 « Dispositifs médicaux - Systèmes de management de la qualité - Exigences à des fins réglementaires » [6] plus dédiée aux fabricants de DM pour valider le marquage CE
- NF S99-170 «Maintenance des dispositifs médicaux - Système de management de la qualité pour la maintenance et la gestion des risques associés à l'exploitation des dispositifs médicaux » est venue remplacer la norme expérimentale XP S99-170.

b. Adapter la maintenance des équipements aux besoins des activités

Les prestataires actuels assurent le suivi de la maintenance des équipements médicaux dans leur GMAO, ces données étant à la suite mises à disposition de l'AHB.

➲ **Les actions**

⇨ Capitaliser la connaissance des équipements et des installations techniques de l'AHB.

⇨ Actualiser la procédure de matériovigilance, dans le contexte de la mise en œuvre d'une GMAO interne.

⇨ Standardiser l'achat des équipements (DM et Technique) en intégrant au cahier des charges une formation des utilisateurs et intervenants techniques assurée par les fournisseurs (pour les équipements biomédicaux, interventions techniques de 1er niveau).

⇨ Réorganiser les astreintes techniques en lien avec l'astreinte sécurité.

⇨ Inclure la contrainte de la dispersion géographique des sites de l'AHB dans l'organisation du service maintenance exploitation (références géographiques des équipes d'intervention).

⇨ Développer la polyvalence et l'expertise au sein du service exploitation maintenance.

⇨ Déployer et mettre en œuvre l'outil GMAO (Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur).

⇨ Améliorer les locaux de travail du service maintenance exploitation.

⇨ Analyser les pannes et défaillances non prévues afin de limiter celles causées par l'usure

⇨ Mettre en œuvre des gammes de maintenance préventive (procédure maintenance).

- ⇨ Mettre en œuvre des conduites à tenir dans le cadre de pannes.
- ⇨ Disposer de locaux pour le Biomédical dont l'aménagement permettra :
  - de répertorier les DM appartenant à l'AHB et ceux des fournisseurs (dépôt/stock tampon),
  - de réaliser les réparations dans un espace dédié.

AXE 3 : Fonctions Achat, Logistique et hôtelier

1. LES OBJECTIFS DANS LE DOMAINE DES ACHATS

a. Pérenniser les économies engagées en poursuivant le plan action achat

- Poursuivre la déclinaison du Plan d'Action Achats sur les années à venir ;
- Suivre les évolutions et la structuration des fonctions achats dans le secteur hospitalier (contexte du GHT…).
- Continuer à associer les différents services de l'AHB engagés sur la fonction achats afin de trouver des leviers complémentaires sur la réalisation d'économies.
- Continuer à développer une synergie avec les centrales d'achats publiques et privées afin d'obtenir le meilleurs rapport qualité/prix/service.
- S'interroger sur la durée des contrats en fonction des 4 familles d'achats :
  - Achats récurrents
  - Achats profits
  - Achat sécurité
  - Achat stratégique

b. Suivre et accompagner les fournisseurs retenus

- Mettre en place une qualification systématique des fournisseurs avec grille d'analyse des offres afin de faciliter la sélection lors des consultations :
  - facteur de prix : calcul des prix de vente, niveau des prix par rapport à la concurrence, conditions de paiement,
  - facteur délai : longueur des délais, respect des délais contractuels,
  - facteur qualité : niveau de qualité, constance de la qualité, fiabilité,
  - facteur service : service sur le plan qualité-prix, service sur le plan quantité-délai, service après – vente.
- Prendre en compte de façon obligatoire l'environnement dans la rédaction des appels d'offre, dans le cadre de leur volet développement durable et sociétal : la démarche d'achats écoresponsables comprend les points suivants :
  - adapter les usages aux besoins réels des utilisateurs.
  - préférer les produits plus durables (matériels robustes, rechargeables, repérables, assortis d'une garantie sur les pièces détachées).
  - prendre en compte l'origine des produits et la fin de vie des produits.

2. LES OBJECTIFS EN MATIERE DE FLUX LOGISTIQUES ET DE STOCKAGE :

- Réorganiser les tournées afin d'assurer les livraisons dans des conditions adaptées aux besoins des différents sites de l'AHB
- Optimisation la gestion des stocks afin de réduire les délais de livraison et de répondre rapidement aux besoins des activités
- Adapter les livraisons des produits demandés par les unités à l'éloignement géographique.
- Avoir un magasin centralisé pour pallier aux délais importants de certains fournisseurs, et répondre aux besoins des services et établissements sur les produits stockés.

➲ Les actions

⇨ Identifier les fournisseurs critiques (mode de fabrication, conformité réglementaire, aspects environnementaux).

⇨ Valider les critères de sélection et d'évaluation des fournisseurs.

⇨ Evaluer les fournisseurs (qualification).

⇨ Sélectionner les fournisseurs sur la base des critères arrêtés.

⇨ Insérer des clauses spécifiques (critères environnementaux) et évaluer le niveau d'intégration de la qualité environnementale (critères de sélection).

⇨ Rationaliser l'organisation des flux logistiques entre les sites de l'AHB (livraisons blanchisserie, magasins, pharmacie).

⇨ Sur les produits commandés par l'AHB, actualiser les références des produits à livrer directement sur les unités ou de soins ou établissements, ou à stocker en central sur le site de Plouguernével.

- Répertorier les principaux achats de biens et contrats de service pour les différentes unités.
- Sensibiliser et former les acheteurs, prescripteurs et utilisateurs.

⇨ Dimensionner la zone de stockage des produits en intégrant les stocks techniques puis aménager et mettre en œuvre un magasin central.

- Etudier une implantation efficiente de ce magasin (rayonnages, bac, étiquettes, etc…).
- Etudier des stocks minimum pour chaque produit afin d'éviter les ruptures.
- Mettre en place un outil de gestion des stocks pour ce magasin.
- Mettre en place une sécurisation des saisies des mouvements de stocks pour limiter les erreurs de saisie.
- Réaliser des audits de dotations des services.
- Assurer de façon périodique et systématique un contrôle des stocks physiques dans les services.

3. LES OBJECTIFS EN MATIERE DE MENAGE :

a. La fonction ménage au sein de l'AHB est organisée au moyen de différentes ressources :

- Dans le cadre des moyens affectés aux fonctions hôtelières sur les unités de soins et établissements médico-sociaux (dont sous-traitance pour les sites de faible surface et éloignés).
- Dans le cadre du service ménage sur les parties communes du site intra-hospitalier.

b. Une réflexion et des expérimentations ont été menées concernant l'utilisation de la vapeur

Cette technique est évaluée comme intéressante lors de nettoyages approfondis des locaux (sortie de patients ou résidents par exemple). Une réflexion globale intégrant les responsables de services et établissements et l'EOH est en cours afin de savoir nous devons le généraliser sur tous les sites AHB.

➲ **Les actions**

- ⇨ Déterminer les zones difficiles.
- ⇨ Mettre en place des équipements de nettoyage adéquats afin d'améliorer la qualité et les temps de nettoyage.

4. LES OBJECTIFS CONCERNANT LA FONCTION LINGE, BLANCHISSERIE

a. Réflexion sur l'évolution de la prestation Blanchisserie

L'obsolescence du tunnel de lavage et de nombreux composants de la blanchisserie, qui sont en fin de durée de vie, engendre des difficultés de production récurrentes. Un arbitrage économique et social sera à réaliser entre le remplacement des composants principaux de la blanchisserie afin de pérenniser cette activité, et une externalisation de l'activité.

Quel que soit l'arbitrage final, le maintien de l'activité transport, mutualisée dans le cadre du service logistique transport de l'AHB (projet en cours), ne sera pas remis en cause.

b. Réorganiser les dotations et les circuits du linge AHB en lien avec la nouvelle organisation

- Cette fonction transversale doit rechercher en permanence l'adaptation de ses prestations relatives aux articles de linge et d'habillement afin de répondre de manière optimale aux besoins qualitatifs et quantitatifs des utilisateurs (personnes accueillies et personnels)

c. Faciliter le renouvellement des tenues professionnelles en ayant un suivi continu du nombre de lavage

d. Assurer l'hygiène vestimentaire du personnel et des patients

➲ **Les actions**

- ⇨ Pucer les vêtements,
- ⇨ Suivre en continu le renouvellement du linge au moyen d'outils adaptés.
- ⇨ Réaliser un arbitrage entre le renouvellement des composants de la blanchisserie, très coûteux, et l'externalisation de cette prestation.

AXE 4 : Sécurité des biens et des personnes

Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont par nature des espaces ouverts au public. Ils accueillent des patients, des résidents et leurs proches, ainsi que des professionnels.

Afin de garantir la sécurité des personnes (professionnels, patients, résidents, visiteurs et prestataires) et des biens, l'AHB dispose du Service « Sécurité et Conditions de travail » rattaché à la Direction Qualité, Sécurité et Gestion des Risques et composé d'un Responsable sécurité, 3 adjoints et 0,5 ETP de Chargée de prévention des troubles musculo-squelettique.

Divers risques et menaces sont à prévenir et à gérer comme la malveillance, la violence, les dégradations, le risque incendie, le risque attentat ou encore les risques liés à l'activité professionnelle pour lesquels l'amélioration des conditions de travail est à développer, en lien avec le projet social.

Sur la période 2018-2022, les objectifs suivant seront visés :

1. **LES OBJECTIFS EN MATIERE DE SURETE DES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC (ERP) -** *réf : plan de sécurité des établissements du 01/12/2016*

   a. Définir, formaliser et tenir à jour le Plan de sécurisation des établissements (PSE) qui définit la Politique et l'organisation globale pour sécuriser les établissements.

   b. Développer des solutions techniques de sécurisation, intégrées à l'activité des établissements et services, et respectueuses des droits fondamentaux des personnes.

   ➲ **Les actions**

   ⇨ Analyser et améliorer les organes de sûreté existants,

   ⇨ Mener une réflexion sur les accès aux locaux :
   - Cette réflexion est à mener à partir des organigrammes existants,
   - En adaptant le type de technologie en fonction des besoins des établissements et services en termes d'accès (par exemple besoins spécifiques à l'UMD),
   - En ayant l'objectif d'une meilleure maîtrise de la gestion des clés.

   ⇨ Etudier l'opportunité de développer le niveau de surveillance par des caméras supplémentaires (avec centralisation, visualisation des points de surveillance par l'astreinte sécurité, voir enregistrement des vidéos). Cette réflexion intègrera l'impact sur le respect des droits fondamentaux des personnes.

   ⇨ Mettre en place des formations et des exercices destinés au personnel.

2. **LES OBJECTIFS EN MATIERE DE SECURITE INCENDIE**

   En référence à l'arrêté du 25/06/1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public

   a. Améliorer la performance des dispositifs de sécurité des systèmes incendie (SSI).

   b. Finaliser le démantèlement des détecteurs à chambre d'ionisation.

   c. Améliorer la maîtrise des professionnels face à un départ de feu (ou alarme).

   ➲ **Les actions**

   ⇨ Analyser et mettre en conformité au fur et à mesure des réhabilitations des bâtiments existants.

   ⇨ Faire évoluer les dispositifs en réponse aux exigences réglementaires et lors d'écarts éventuels observés pendant les visites périodiques.

   ⇨ Finaliser le démantèlement des détecteurs à chambre d'ionisation et procéder à leur remplacement (18, 48 sur le CH et à la MAS « Centre Ker Dihun » à SAINT-BRIEUC).

   ⇨ Poursuivre les formations nécessaires contre les risques incendie et de panique (MMI, SSIAP, formation du personnel, etc…).

   ⇨ Développer les exercices incendies surprises.

3. LES OBJECTIFS EN MATIERE DE SECURITE ET ERGONOMIE POUR LES PATIENTS, RESIDENTS, VISITEURS ET PERSONNELS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS

a. Prévenir les risques de fugue tout en respectant la liberté d'aller et venir des patients au sein de nos établissements.

b. Améliorer l'ergonomie des locaux pour éviter les chutes et faciliter l'accès à différentes zones.

➲ **Les actions**

- ⇨ Mettre en place ou améliorer les systèmes d'appel malade dans les chambres (dont CSI) et les sanitaires.
- ⇨ Optimiser les dispositifs anti-fugues sur tous les sites concernées par ce risque.
- ⇨ Analyser les risques de chute dans les différents locaux et apporter des améliorations en conséquence.
- ⇨ Développer la domotique sur les établissements médico-sociaux.
- ⇨ Développer les DATI ou palpeurs ou visiophones pour certains personnels situés dans des zones ou des bâtiments à risque ou isolés.

AXE 5 : Restauration

1. OBJECTIFS EN MATIERE D'ORGANISATION DES REPAS

Les patients bénéficient de repas d'un prestataire extérieur avec des menus proposés tenant compte des préférences alimentaires et des régimes prescrits par le corps médical. Nous souhaitons donc améliorer la qualité du bol alimentaire avec un fort pourcentage de produits éco-labellisés en réduisant de façon significative la part des déchets alimentaires.

De ce fait, nous souhaitons également améliorer le processus de commande des repas pour assurer l'interface avec le service achat et le prestataire.

La règlementation impose que le tri des déchets soit réalisé à l'issue du repas et valorisé cette sélection via des filières dédiées.

2. L'OBJECTIF EN MATIERE DE QUALITE, D'ECONOMIE ET D'ENVIRONNEMENT

Les évaluations de la satisfaction des usagers concernant la qualité des repas recueillent régulièrement des scores inférieurs aux moyennes des questionnaires de satisfaction.

Une orientation possible afin d'améliorer la qualité des repas est le passage de la liaison froide positive vers une liaison chaude. Une réflexion globale sera menée sur les impacts d'une telle évolution (économique, organisationnelle, qualité des repas).

Sur l'aspect écoresponsable, le suivi des volumes de déchets permet de dimensionner un grammage adapté pour les différentes unités, en fonction de la quantité rejetée, et d'améliorer la qualité de prestation à coûts constants.

Afin d'optimiser les coûts d'achats et de maintenance, une réflexion sur les choix des équipements utilisés dans le cadre de la prestation restauration devra être réalisée (chariot repas), intégrant également les conditions de travail des équipes hôtelières.

➲ **Les actions**

- ⇨ Etudier la mise en place de solutions de mobilité pour les outils informatiques utilisés pour les commandes de repas (cf SDSI).
- ⇨ Mettre en place un outil de suivi de rejet des déchets alimentaires pour les valoriser.
- ⇨ Procéder aux remplacements des chariots repas en fonction de leur obsolescence et de l'évolution des prestations.
- ⇨ En fonction des résultats des évaluations préalables, élaborer les prochains cahiers des charges restauration pour le choix d'un prestataire, en ouvrant de façon optionnelle la liaison chaude à l'ensemble ou à quelques établissements.
- ⇨ Etablir un tableau de suivi des rejets alimentaires et lier un contrat de valorisation avec des entreprises de proximité ou par l'intermédiaire du partenaire en charge de la restauration (item à insérer dans le futur cahier des charges).

AXE 6 : Transport des patients

1. LES OBJECTIFS EN MATIERE DE TRANSPORT PATIENT

a. Répondre à la réglementation liée au transport des patients

b. Respecter la dignité, la confidentialité et le confort du patient.

c. Assurer l'hygiène et la sécurité du patient pendant le temps du transport.

d. Optimiser les prestations transports en réponse aux objectifs qualitatifs et de maîtrise des coûts

➲ **Les actions**

❖ **Réglementation des transports sanitaires**

- ⇨ Programmer une mise en conformité de l'activité « Transports internes » en lien avec la procédure d'agrément des transports sanitaires
- ⇨ Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles via la formation des chauffeurs aux transports sanitaires
- ⇨ Ré-initier le dialogue avec l'ARS et les prestataires extérieurs pour assurer la permanence des transports au CH

❖ **Qualité des prestations**

- ⇨ Mesurer la satisfaction et les délais d'attente relatifs à la fonction transport (interne et externe)
- ⇨ Améliorer la communication envers les patients, en interne et en externe concernant les transports
- ⇨ Vérifier et adapter les véhicules à la sécurité et l'hygiène des patients et à la réglementation en vigueur

❖ **Efficience et maîtrise des coûts**

- ⇨ Respecter les objectifs d'efficience et de coût dans le cadre du CAQES

- ⇨ Optimiser un suivi de l'activité transports internes en lien avec l'exploitation de l'outil GMAO et du cadre d'analyse croisée Contrôle de gestion – Accueil / Admissions – Service Transports
- ⇨ Améliorer la visibilité des prescriptions transports externes et répondre aux objectifs contractuels de maîtrise des dépenses
- ⇨ Développer une communication continue, en lien avec la CPAM, pour sensibiliser les acteurs aux prestations de transports

5. PROJET PHARMACEUTIQUE ET DE PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

« La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. Elle s'appuie sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient. (…) La mise en place d'une démarche qualité concertée de ce processus systémique complexe, pluriprofessionnel, présentant de nombreuses interfaces concourt à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable. »

Haute Autorité de santé – Manuel de certification V2014

Afin de répondre à ce besoin, l'AHB dispose d'une Pharmacie à Usage interne (PUI) située au Centre Hospitalier de PLOUGUERNEVEL. Elle réalise, pour les médicaments et les dispositifs médicaux stériles, les opérations de gestion, approvisionnement, détention, stockage, dispensation et délivrance pour l'ensemble des sites de l'AHB.
Le Personnel de la PUI délivre des conseils auprès des professionnels.

En outre, la PUI a une fonction de **« pharmacie clinique » qui est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins**. Le pharmacien exerce donc en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants.
Les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé. A ce titre, le projet de Pharmacie à Usage Interne, acteur essentiel dans la prise en charge médicamenteuse, constitue un réel levier pour fédérer les acteurs et identifier des perspectives d'action pour les 5 ans à venir.

1. OBJECTIFS STRATEGIQUES POUR LA PERIODE 2018-2022

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse est sous la responsabilité du Directeur Général, en concertation avec le Président de la CME, le Responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse, le Pharmacien et la Directrice des soins.

Au travers de ce projet « Prise en charge médicamenteuse », la Direction générale conjointement avec le président de la conférence médicale d'établissement et le responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse définissent la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et en fixent les objectifs et le calendrier de mise en œuvre.

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) s'assure de la mise en œuvre et du suivi des objectifs fixés dans cette politique. Cette instance se réunit au moins trois fois par an. Le bilan des actions de la COMEDIMS est présenté annuellement à la Direction et à la CME.

Le Pharmacien et le Responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse s'engagent à réaliser une fois par an, une revue de l'avancement des objectifs inscrits dans ce projet. Cette revue fera l'objet d'un compte-rendu de COMEDIMS, communiqué et validé en CME en lien avec les médecins référents.

Afin de délivrer une juste prescription médicamenteuse à tous les patients et résidents (bon usage des produits de santé) et notamment aux sujets âgés et/ou fragilisés chez qui les risques d'iatrogénie sont augmentés, **trois objectifs stratégiques seront visés dans ce projet de prise en charge médicamenteuse :**

- Développer des **pratiques pluridisciplinaires** ou en **réseau**,
- Améliorer et sécuriser la **prise en charge médicamenteuse** du patient,
- Viser l'efficience du **circuit du médicament** par le recours au juste produit de santé

Chaque objectif stratégique se décline en objectifs opérationnels et en actions, présentées dans le programme d'action ci-dessous.

2. OBJECTIFS OPERATIONNELS POUR LA PERIODE 2018-2022

❖ **Afin de développer des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau :**

- Développer la pharmacie clinique en optimisant l'analyse pharmaceutique et en améliorant la pertinence des prescriptions,
- Organiser la conciliation médicamenteuse et prioriser l'action sur les patients à risque
- Favoriser l'autonomie des patients/résidents vis-à-vis de leur traitement à travers des actions d'éducation à la santé / d'éducation thérapeutique
- Etre vigilant sur le bon usage des antibiotiques

❖ **Afin d'améliorer et de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient :**

- S'assurer du respect de la réglementation relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (notamment l'arrêté du 6 avril 2011, les critères de certification HAS, les recommandations de l'OMEDIT…)
- Mettre en œuvre les actions du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) et les intégrer dans les pratiques professionnelles
- Promouvoir la culture qualité/gestion des risques des professionnels de l'AHB
- Renforcer la sécurisation du circuit du médicament
- Renforcer les compétences professionnelles et l'évolution des pratiques

❖ **Afin de viser l'efficience du circuit du médicament par le recours au juste produit de santé :**

- Garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse avec la prévention des risques de rupture et de non observance des traitements
- Optimiser le fonctionnement de la PUI
- Maîtriser les dépenses de la PUI

3. PROGRAMMES D'ACTIONS

❖ **OBJECTIF STRATEGIQUE 1** : Développer des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau

OBJECTIFS	ACTIONS	CALENDRIER	INDICATEURS
Développer la pharmacie clinique en renforçant l'analyse pharmaceutique et en améliorant la pertinence des prescriptions	Développer les revues de pertinence chez les patients âgés et polymédiqués pour maîtriser les risques d'iatrogénie médicamenteuse	En continu	▪ Nombre de modification de prescription / nombre de médicaments prescrits
Organiser la conciliation médicamenteuse et prioriser l'action sur les patients à risque	Sensibiliser les professionnels de soins à transmettre à la PUI les informations nécessaires lors d'entrées programmés afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse	En continu	
	Renouveler la demande de dossier d'agrément pour l'accueil d'internes en pharmacie avec des projets pédagogiques de pharmacie clinique	En continu	▪ Décision d'agrément ▪ Nombre d'internes accueillis
	Organiser et tracer la conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients dans les services les plus « à risque » via la mise en place du Dossier Pharmaceutique (DP) (action inscrite dans le SDSI)	~~En continu~~ 2018 - 2019	▪ Nombre de patients avec un DP renseigné et bénéficiant d'une conciliation/nombre d'entrée
Favoriser l'autonomie des patients/résidents vis-à-vis de leur traitement à travers des actions d'éducation à la santé / d'éducation thérapeutique	Promouvoir et renforcer la mise en place de consultations pharmaceutiques collectives – Les Ateliers du médicament – et favoriser l'autonomie des patients hospitalisés au CH avant leur sortie, en renforçant leurs connaissances de leur traitement	2019	▪ Nombre d'ateliers/an
Améliorer le bon usage des antibiotiques et lutter contre l'antibio-résistance	Suivre le taux d'évolution de la consommation totale d'antibiotiques et évaluer son bon usage		▪ Evolution du taux de consommation des antibiotiques
	Mener des EPP pour lutter contre l'antibiorésistance (prescriptions avec durée de plus de 7 jours et prise en charge des bactériuries chez les personnes âgées)	2018-2019	▪ Nombre de prescriptions d'antibiotiques non justifiés de plus de 7 jours / nombre de prescriptions d'antibiotiques de plus de 7 jours

❖ **OBJECTIF STRATEGIQUE 2** : Améliorer et sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient

OBJECTIFS	ACTIONS	CALENDRIER	INDICATEURS
S'assurer du respect de la réglementation relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé	Assurer une veille réglementaire sur la thématique de la prise en charge médicamenteuse et appliquer les évolutions nécessaires	En continu	
	Mettre à jour l'analyse des risques portant sur le circuit du médicament et prendre les mesures préventives afférentes	2018	
Répondre aux exigences du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) et les intégrer dans les pratiques professionnelles	Etablir un plan d'action répondant aux objectifs et mesures du CAQES et suivre son avancement à l'aide des indicateurs requis	2018 – 2022	Cf. Indicateurs CAQES
Promouvoir la culture qualité/gestion des risques des professionnels de l'AHB	Poursuivre la sensibilisation des professionnels à la déclaration des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse (erreurs médicamenteuses ou tout dysfonctionnement)	En continu	▪ Taux d'évolution des déclarations d'EI sur le circuit du médicament
	Analyse des causes (méthode CREX) et susciter l'intérêt du personnel et son implication dans le partage du retour d'expérience	En continu	▪ Nombre de CREX sur le circuit du médicament / an
	Communiquer sur les actions d'amélioration relatives à la sécurisation du circuit du médicament	En continu	▪ Nombre d'actions de communication menées
Renforcer la sécurisation du circuit du médicament	Mener des actions de sécurisation à partir du programme « Never events » (OMEDIT, CAQES, circulaire de la DGOS du 14 février 2012) : à partir du programme d'action sur les insulines et les AVK	En continu	▪ Nombre d'actions de sécurisation sur les « never events » / an
	Intégrer des protocoles de prescription validée par le COMEDIMS dans le dossier patient informatisé afin de sécuriser l'administration des médicaments (action commune avec le service informatique et l'éditeur AGFA)	2018 – 2019	▪ Nombre de protocoles validés intégrés dans Orbis / an

OBJECTIFS	ACTIONS	CALENDRIER	INDICATEURS
Renforcer la sécurisation du circuit du médicament	Mener des actions sur la sécurisation de la dispensation et de l'administration des médicaments à risque (action commune avec le service informatique et l'éditeur AGFA)	En continu	▪ Nombre d'actions de sécurisation sur la dispensation et sur l'administration des médicaments à risque / an ▪ Nombre de FEI concernant la dispensation et l'administration de médicaments à risque / an
	Mener des actions de sécurisation internes à la PUI (formations, CREX…)	En continu	▪ Nombre de formations sur la sécurisation du circuit du médicament ▪ Nombre de CREX à la PUI sur le circuit du médicament / an
	Participer à des actions communes avec la Direction des Soins et la Direction Qualité, Sécurité et Gestion des risques au sujet de la sécurisation : optimisation des processus relatif au circuit du médicament et dispositifs médicaux	En continu	▪ Nombre de réunions communes / an
Renforcer les compétences professionnelles et l'évolution des pratiques	Harmoniser des pratiques via des protocoles thérapeutiques validés par des sociétés savantes et COMEDIMS/CME	En continu	▪ Nombre de protocoles thérapeutiques validés par la COMEDIMS / an
	Privilégier les prescriptions à partir du livret thérapeutique (validation des listes des équivalences par le COMEDIMS)	En continu	▪ Nombre d'équivalences validées par le COMEDIMS

❖ **OBJECTIF STRATEGIQUE 3** : Viser l'efficience du circuit du médicament par le recours au juste produit de santé

OBJECTIFS	ACTIONS	CALENDRIER	INDICATEURS
Garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse avec la prévention des risques de rupture et de non observance des traitements	Poursuivre l'optimisation de l'approvisionnement : préconisations sur les commandes	En continu	▪ Suivi des non conformités d'approvisionnement
	Développement des approvisionnements ciblés de certains produits spécifiques : formalisation des « dépannages »	En continu	▪ Nombre de dépannages réalisés par la PUI / nombre total de dépannage de l'AHB
Optimiser le fonctionnement de la PUI	Efficience de l'approvisionnement : dématérialisation des commandes et de la facturation (action inscrite dans le SDSI)	2018	
	Mener une réflexion dans le cadre du partenariat avec le GHT du Centre Bretagne sur la prise en charge médicamenteuse	2018-2019	
	Prendre en compte les observations (réserves ou recommandations) émises lors de la certification V2014, en lien avec le fonctionnement de la PUI	2018-2019	
Maîtriser les dépenses de la PUI	Suivre les travaux et intégrer les groupes de travail du GCS Achats Santé Bretagne afin d'optimiser les coûts et le processus d'approvisionnement des médicaments et des DM	En continu	▪
	Inscrire des actions d'efficience dans le Plan d'Actions Achats (PAA) 2018-2020 de l'AHB afin de concourir à la maîtrise des dépenses	2018-2020	
	Optimiser la dispensation et la gestion des stocks à la Pharmacie et des dotations des unités	En continu	
	Promouvoir les médicaments génériques et biosimilaires	En continu	▪ Taux de prescriptions de médicaments génériques et biosimilaires / total des prescriptions

6. PROJET SPORT, CULTURE ET LIEN SOCIAL

1. INTRODUCTION

La souffrance psychique entraine de nombreuses personnes dans un isolement social du fait de leurs symptômes (dépression, phobie, troubles bipolaires…), de leurs traumatismes (deuil, abandon, accident…) ou de leurs troubles de la cognition sociale[11]. Ces manifestations psychiques sont parfois peu compatibles avec un parcours de vie conventionnel (accès difficile à l'emploi, attaches familiales rompues, relations avec le voisinage tendues…)

L'absence de lien social a pour première conséquence d'isoler la personne et ainsi de l'exposer à un manque de protection et à une carence du besoin vital de reconnaissance.

Le repérage de la qualité des interactions entre la personne en soins et son environnement intègre l'évaluation des besoins prioritaires dans un projet de soins individualisé. Ainsi, dans le cadre d'un accompagnement en soins les activités thérapeutiques et de réhabilitation, associées à de la psychoéducation, s'inscrivent dans un processus visant à amener le patient à conserver, renforcer ou instaurer son autonomie sociale.

A ce jour la configuration du plateau technique dédié à ces activités prend encore insuffisamment en compte la dimension d'intégration sociale sur la période d'hospitalisation. C'est pourquoi un projet de rapprochement de l'ensemble des dispositifs existants (gymnase, bibliothèque, cafeteria et de logements associatifs), de renforcement des activités hors l'hôpital et d'une meilleure coordination entre les acteurs du soin et du médico-social a été amorcé en 2017 avec la mise en place du plateau de réhabilitation psychosociale. La poursuite de cette dynamique est en corrélation avec les objectifs stratégiques 1, 2 et 5 du projet d'établissement.

Mais pour restaurer du lien social, une réponse uniquement thérapeutique est insuffisante dans la mesure où il s'instaure dans la vie quotidienne de la personne au sein d'un environnement propice à la rencontre et à l'échange. Ainsi, pour améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées en amont de leur hospitalisation dans une dynamique qui leur permette de se ressourcer, de se divertir et de favoriser leurs relations, il est incontournable de créer des espaces ville-hôpital favorisant leur intégration. D'où l'intérêt d'inscrire le centre hospitalier, les établissements médico-sociaux de l'Association Hospitalière de Bretagne et les acteurs locaux dans un « PROJET CULTUREL » qui fasse lien avec les équipements et les évènements culturels et sportifs de notre territoire.

2. CONTEXTE

Le site de Plouguernevel dispose d'un plateau technique qui comprend un gymnase avec une balnéothérapie, des salles dédiées aux activités au sein d'une unité de soins et de locaux adaptés pour les activités d'ergothérapie et de psychomotricité.
Aujourd'hui, les activités sportives et les activités de rééducation sont réalisées dans ces lieux par des infirmiers, des ergothérapeutes et un psychomotricien.

Les soins en psychiatrie sont organisés en première intention de la manière suivante : la prise en soins et/ou en rééducation s'adresse à des personnes hospitalisées. Les prescriptions médicales s'adressent à des

[11] http://www.remediation-cognitive.org/documents
Cognition sociale : qui regroupe l'ensemble des composantes qui nous permettent de comprendre les autres et d'interagir avec les gens qui nous entourent.

professionnels qui exercent dans les secteurs d'hospitalisation et répondent à un besoin d'amélioration de l'état de santé du patient sur un séjour donné.
De fait les réponses apportées au sein de l'établissement fonctionnent sur une dynamique hospitalo-centrée, par métier, avec peu de transversalité au sein de l'établissement. Cela a pour conséquence de ne pas intégrer suffisamment le parcours de soins dans le parcours de vie des personnes accompagnées et ne facilite pas la restauration du lien social. Cependant, la mise en place récente d'un plateau de réhabilitation psychosociale ainsi que d'un projet de logements associatifs a permis une avancée vers le décloisonnement, ainsi que l'appropriation par les soignants de projets de soins intégrant le patient acteur de son projet de vie.

Par ailleurs, le centre hospitalier dispose d'un centre de documentation (bibliothèque vidéothèque) et d'une cafétéria. Le centre de documentation dépend de la Direction des ressources humaines, il est ouvert tous les après-midis du lundi au vendredi. La cafétéria dépend de la Direction financière et des systèmes d'information, elle est ouverte 7 jours sur 7 l'après-midi. Ces deux lieux sont accessibles aux patients, aux professionnels et pour la cafeteria à l'ensemble des usagers (familles, visiteurs…)

La bibliothèque a un fond permanent d'environ 1300 livres et reçoit 4 fois par an une sélection de revues. Une fois par an, le bibliobus des côtes d'Armor prête environ 200 ouvrages ce qui permet de maintenir une offre documentaire actualisée. L'animation de la bibliothèque qui comporte essentiellement les prêts de livres et de vidéos est réalisée par une documentaliste. La fréquentation sur place est d'environ deux patients par jour. Dans les unités de soins des prêts sont organisés à partir de demande sur un listing éditable dans Blue-Médi (dernière édition 2012). Aucune activité d'animation n'est mise en place à partir de ce service.

La cafeteria est un lieu convivial où il est possible de consommer des boissons et de faire quelques achats tels que des confiseries, des objets de toilette, des créations d'ateliers d'ergothérapie... En cours d'année quelques animations y sont programmées notamment pour marquer les fêtes calendaires (Noël et fête de la musique).

Pour ces deux lieux d'accueil qui devraient, de par leurs missions, être destinés à créer du lien social, il n'est pas non plus tissé de lien avec l'extérieur autre que ceux qui leur permettent d'être fonctionnels en interne (prêt, achat, livraison). Ils sont sous-investis par les équipes soignantes comme supports dans la prise en soins des patients, de même que par l'ensemble des personnels de l'établissement, alors qu'ils sont ouverts à tous. Leur rattachement fonctionnel actuel semble créer un isolement qui ne facilite pas leur inclusion dans un projet dynamique au service des patients et des usagers.

Pour renforcer la transversalité entre les services et le lien ville-hôpital, l'établissement a participé en 2016 et 2017 à l'Art dans les Chapelles. Cette association propose chaque année de faire découvrir le travail de plusieurs artistes en exposant leurs œuvres dans des chapelles du Blavet. Des patients accompagnés de soignants y ont participé, en intégrant des ateliers créatifs et en visitant des expositions d'artistes. Les bénéfices de cette expérience exprimés par les professionnels et les patients (changement de regard, émotions, partage, développement de partenariat, découverte…) ont engagé l'établissement dans la mise en œuvre d'une démarche structurée et pérenne d'un Projet culturel .

Pour renforcer la dynamique créative des projets sportifs et artistiques, une collaboration étroite avec les établissements médico-sociaux de l'AHB est à élaborer en transversal. D'autant que ces établissements bénéficient aujourd'hui d'une expérience dans la mise en œuvre de projets ouverts sur la cité du fait de leur pratique visant à développer au quotidien l'accès à la vie sociale et culturelle pour les personnes en situation de handicap ou pour les personnes âgées.

3. OBJECTIFS GENERAUX

a. Le lien social, voie de construction et de maintien de l'autonomie

- Prévenir, lutter et agir contre les situations de perte d'autonomie en renforçant le lien social,
- rendre la personne vulnérable actrice de son autonomie,
- favoriser l'accessibilité des personnes vulnérables aux services de proximité afin de développer leur participation à la vie sociale.

b. Restaurer et renforcer le lien social par la remédiation cognitive et des activités de réhabilitation

- Créer du lien social par les activités physique et sportives,
- mettre en place des interactions entre les prises en soins en réhabilitation psychosociale et l'ensemble des activités de médiation thérapeutique,
- restaurer la confiance en soi avec l'ergothérapie et la psychomotricité pour aller vers le « Vivre ensemble »,
- mutualiser les dispositifs supports existant sur le centre hospitalier et y développer les activités qui favorisent l'insertion sociale.

c. Renforcer le lien ville-hôpital par les activités sportives et culturelles

- Décloisonner l'hôpital et développer nos partenariats autour d'un « PROJET CULTUREL » et des activités sportives,
- contribuer à la dé-stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques, les mettre en valeur, faire changer le regard porté sur elle,
- favoriser l'insertion des personnes et améliorer leur protection,
- renforcer l'attractivité de l'établissement et son insertion sur le territoire.

d. Mener des actions communes entre le centre hospitalier et les autres établissements de l'AHB

- Apporter des réponses conjointes aux appels à projet,
- préparer et organiser ensemble des actions culturelles et sportives,
- s'inviter mutuellement sur les temps forts des différentes représentations.

4. CHRONOLOGIE DE LA MISE EN PLACE DU PROJET

Etape 1 : organiser et coordonner l'activité de l'ensemble des dispositifs supports des dispositifs supports de d'inclusion sociale

- **Mutualiser les moyens :**
  - regrouper la gestion administrative et managériale du plateau technique (gymnase, ateliers d'ergothérapie) de la bibliothèque et de la cafétéria sous une seule direction,
  - renforcer la cohésion entre les services de soins et les prestations supports aux développements des liens sociaux, proposés aux patients et aux usagers,
  - construire des projets communs à ces différents lieux et activités.
- **Coordonner les activités**
  - Mise en place d'un comité de pilotage du projet culturel,
  - nomination d'un référent coordonnateur des activités de réhabilitation psychosociale et du projet culturel,
  - réaliser un état des lieux de l'ensemble des ressources de l'établissement dans les domaines sportifs, artistiques et culturel.
- **Garantir la mise en place de projet de soins individualisé**[12]
  - Renforcer les démarches de co-construction entre les personnes accueillies, l'équipe pluridisciplinaire, l'entourage et les parties prenantes,
  - inclure la qualité de vie (quotidienne, sociale, citoyenne) à la prise en soins,
  - renforcer le rôle et la participation de la personne en soins.
  - Poursuivre le déploiement des formations en réhabilitation psychosociale

Etape 2 : inscrire les activités de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive dans les parcours de soins et de vie des personnes

- **Promouvoir le développement des activités physiques et sportives pour les patients souffrant d'un handicap psychique et pour les personnes âgées**
  - Préserver l'autonomie et limiter les risques de dépendance avec des programmes individualisés et adaptés,
  - développer des partenariats avec les établissements médico-sociaux de l'association et les collectivités (établissements de santé, clubs de sport…),
  - accompagner la poursuite de l'activité en post-hospitalisation.
- **Accompagner l'accès à la culture et au processus de création**
  - Soutenir l'accessibilité à la lecture et au cinéma par des activités thématiques,
  - organiser régulièrement des activités culturelles et des animations ouvertes à l'extérieur du centre hospitalier au sein de la cafeteria,
  - s'inscrire dans des programmes culture et santé et participer aux manifestations locales et régionales.
- **Développer le lien ville-hôpital**
  - Développer nos coopérations avec les acteurs en charge du développement et de l'animation culturelle sur le territoire et en région Bretagne**.**
  - Sensibiliser les élus, les instances représentatives des territoires (Conseil Territorial de Santé, conseil de développement…) à l'ouverture de la psychiatrie et du médico-social sur la cité et à

[12] Recommandations de bonnes pratiques ANESM

l'accès à la vie sociale pour les personnes en situation de handicap psychique et autres handicaps.

- Renforcer le partenariat avec les usagers et leurs représentants via les associations (GEM, UNAFAM...).
- Mettre en place des partenariats avec les médiathèques du territoire.
- Tisser des liens avec les équipements culturels sportifs et les compagnies d'artistes,

Etape 3 : Evaluer l'ensemble du dispositif

❖ **Définir des critères qualitatifs**

- Qualité dans l'organisation, dans les relations avec les partenaires et les réponses aux appels à projet (taux de réponses positives), aux demandes de subventions,
- évaluation des participants patients et usagers.

❖ **Définir des critères quantitatifs**

- Choisir des indicateurs quantitatifs pertinents (nombre de manifestations, de participants, d'accompagnements, de partenariats …).

5. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Projets	Acteurs	2018	2019	2020	2021	2022
Moyens						
Regroupement de la gestion administrative du plateau technique, de la bibliothèque et de la cafétéria	DG					
Mise en place d'un comité de pilotage projet culturel	DFSI DS					
Remplacement progressif du matériel sportif pour l'adapter au besoin	DFSI DS					
Formation aux outils de réhabilitation psychosociale	DRH					
Evolution des missions, des métiers et des affectations des professionnels	DRH DS					
Construire des projets « sports et santé » et « culture et santé » en lien avec la politique de santé régionale (appels à projet)	DG					
Activités						
Mise en place de projets transversaux intersectoriels	CME DS					
Initier des activités ponctuelles culturelles et sportives au sein de l'association	DG DS Usagers					
Améliorer les articulations entre les différents acteurs du lien social	Cadre social DS					
Accompagner l'accessibilité des personnes souffrant d'un handicap psychique dans les associations et les clubs sportifs	DS					
Rechercher et construire des partenariats pour la mise en place de projets culturels	DG Usagers					
Mettre en place des actions de communication	DRH					

9. PROJET D'OPTIMISATION DES MOYENS FINANCIERS

1. INTRODUCTION

L'optimisation des moyens financiers et l'efficience économique de l'AHB sont des enjeux majeurs pour les années à venir. Le financement de l'AHB provient en grande majorité des fonds publics de l'Assurance Maladie via l'ARS Bretagne et des Conseils Départementaux des Côtes d'Armor et du Finistère. A ce titre, l'utilisation de ces fonds doit obéir à une recherche permanente d'amélioration des conditions de vie et de prise en charge des patients/résidents et usagers.

De nombreuses réformes de financement sont en cours, d'autres se profilent et l'AHB doit s'adapter continuellement aux changements législatifs et règlementaires.

Les financements contraints de ces dernières années, à la fois en sanitaire avec le plan de maitrise de l'ONDAM et en médico-social avec des budgets quelquefois récessifs nous conduisent à une certaine prudence et à une recherche d'équilibre entre des investissements et travaux indispensables à réaliser et un maintien de nos équilibres économiques. L'autorisation de création d'un siège social à l'AHB serait de nature à permettre la préservation des équilibres globaux et le rééquilibrage budgétaire nécessaire entre nos établissements.

Un travail conséquent est à mener sur la structure de la masse salariale de l'AHB afin de contenir sa croissance : le projet social définit les objectifs en matière d'effectifs et de compétences métiers. Les budgets successifs devront traduire ces objectifs en données budgétaires tout en garantissant les équilibres financiers.

Les fonctions de contrôle et d'analyse de gestion doivent être consolidées afin de pouvoir régulièrement mesurer et analyser les écarts et ainsi corriger certaines trajectoires.

2. CONTEXTE

Le projet d'optimisation des moyens financiers s'inscrit dans un contexte de nombreuses réformes structurantes à la fois en matière d'offres de prise en charge et de financements. Les principales références règlementaires sont les suivantes :

- La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015,
- La loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016,
- Le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles,
- Le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles,
- La loi de financement de la Sécurité Sociale 2017 du 23 décembre 2016,
- La loi de finances 2017 du 29 décembre 2016.
- La circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

Le projet d'optimisation des moyens financiers devra assurer de façon permanente le dimensionnement des impacts économiques des évolutions de l'offre de l'AHB au sens large.

Sur le Centre Hospitalier, un diagnostic préalable à l'élaboration du projet d'établissement 2018-2022 a été établi de juillet à octobre 2016 et partagé avec les salariés lors d'un séminaire le 17 novembre 2016. L'élaboration des projets d'établissements est réalisée par des groupes de travail et un comité de pilotage. Le projet d'optimisation des moyens financiers 2018-2022 vient en support de la mise en œuvre de ces projets d'établissements.

La trajectoire budgétaire et financière de l'AHB s'appuie sur les orientations stratégiques de l'AHB (Projet d'Établissement 2018-2022 du Centre Hospitalier, CPOM sanitaires, évaluations internes et externes des établissements médico-sociaux de l'AHB, CPOM médico social 2016-2020 et conventions tripartites 2014-2018 de l'EHPAD et de l'USLD).

3. ACCOMPAGNER ET METTRE EN ŒUVRE LES CONTRAINTES ET LES REFORMES FINANCIERES

L'AHB doit s'organiser pour s'adapter en continu aux différentes réformes financières et budgétaires afin de rester un acteur visible et reconnu par les autorités de tarification et les pouvoirs publics.

Les contraintes budgétaires, auxquelles l'AHB est soumise depuis plusieurs années, s'inscrivent dans un contexte global de réduction des dépenses publiques (Plan de maîtrise de l'ONDAM, réduction des dotations des Conseils Départementaux)

Parmi les réformes en cours ou en prévision, les plus structurantes pour l'AHB sont les suivantes :

❖ Sur le domaine sanitaire

a. Réforme de la tarification en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

La mise en œuvre de la réforme de la **tarification en SSR sera étalée de 2017 à 2022** avec une montée en charge progressive de la part de tarification à l'activité sur la base de plusieurs compartiments (activité, plateaux techniques, molécules onéreuses, MIG …). Les enjeux pour nos deux secteurs SRR (CSSRA l'Avancée à Saint-Brieuc et SMSS Henri Garnier à Plouguernevel) sont de préserver un financement suffisant pour permettre la réalisation de leur activité : pour le CSSRA, redynamiser l'activité en volume de séjours/journées, développer l'hospitalisation à temps partiel de nuit et de jour et améliorer le codage des diagnostics et actes dans les séjours (cf infra chapitre Outils de pilotage médico-économique et recherche d'efficience). Pour le SMSS Henri Garnier, maintenir son activité sur les soins de suite à orientation gériatrique tout en optimisant également le codage de ses séjours.

b. Hôpitaux de proximité

La réforme des **Hôpitaux de proximité** (2016) a permis de reconnaitre le service de Médecine Henri Garnier (10 lits) en tant qu'hôpital de proximité avec l'avantage d'une sécurisation des financements pour les activités de volumétrie faible et exposées aux aléas d'activité (présence médicale limitée et fonctionnement avec les médecins de ville). Une partie de la dotation historique est garantie (à hauteur de 70% en 2017) et un complément de financement est apporté par la Tarification à l'Activité (T2A).

L'offre de soins du service Henri Garnier porte sur une activité de médecine polyvalente à orientation gériatrique. La structuration des filières gériatriques des GHT des territoires de santé N° 1 et 8, au sein desquelles l'offre de proximité de l'AHB en médecine, soins de suite, EHPAD et USLD, est bien identifiée, est de nature à développer l'inscription du service Henri Garnier au sein des parcours de soins des personnes âgées sur le territoire. Toutefois, cette activité de médecine sur 10 lits comprend des aléas au regard du dimensionnement très réduit du service, de l'absence de plateau technique, de la continuité de l'intervention des médecins libéraux dans un contexte local très fragile…Sur ces bases, nous devons rester vigilants au financement de ce service dépendant de la démographie médicale du territoire et des évolutions du dispositif des hôpitaux de proximité et de leurs modalités de financement.

c. Financement des activités de Psychiatrie

Le plan de maîtrise de **l'ONDAM 2015-2017** a entraîné la mise en place de modulations inter et intra régionales des Dotations Annuelles de Fonctionnement (DAF) de psychiatrie avec des **réductions de dotations importantes pour le Centre Hospitalier de Plouguernevel à hauteur de plus d'1 M€ (-3.44% de la DAF psychiatrie hors UMD).** Les Lois de Finances à paraître laissent augurer la poursuite des contraintes budgétaires sur la Psychiatrie et notre vigilance et implication régionale dans les groupes de travail doivent être maintenues et confortées afin de disposer des éléments de contexte financier nous permettant de nous ajuster en permanence.

Pour mémoire en 2015, les critères nationaux de modulation des financements en santé mentale comprenaient des objectifs de réduction des inégalités de l'offre de soins entre les régions, conduisant à une réduction de la dotation régionale à hauteur de 870 K€. Le taux de recours en santé mentale, de même que le taux d'équipement en lits et places, se situent en effet à des niveaux parmi les plus élevés des régions françaises. L'ARS Bretagne a décidé de réintroduire le principe d'une modulation intra régionale sur la base l'indice composite utilisé en 2013, dans le contexte cette fois d'une DAF régionale en réduction ne permettant pas de reconduire les bases de l'ensemble des établissements en santé mentale. Dans ce contexte, l'ARS Bretagne a décidé de débaser en 2015 un seul établissement, le CH de Plouguernevel, qui apparaissait comme étant l'établissement ayant l'indice le plus élevé ; les écarts étaient des plus limités après que l'ARS ait neutralisé les données de l'UMD (qui a une vocation inter régionale et n'entre pas dans le périmètre des activités de psychiatrie sectorisée).

Pour la campagne budgétaire 2016, suite aux incompréhensions exprimées sur la campagne 2015 par la représentation régionale de l'ADESM, par la FEHAP, et à un rendez-vous au cabinet de la Ministre de la Santé associant l'AHB et l'ARS de Bretagne, l'ARS s'est engagée à revoir les indicateurs composant l'indice composite à la suite d'une concertation régionale. Un groupe de travail technique (ARS, représentants des DAF et DIM bretons) a proposé un **nouvel indice composite sur la base de 7 indicateurs pondérés dont les 4 indicateurs retenus au niveau national** pour répartir la DAF entre régions :

Indicateur	***Pondération***
-DAF/File active	25%
-File active hospitalisation au long cours / Nombre d'habitants	25%
-File active en hospitalisation à temps plein / File active en hospitalisation partielle (hôpital de jour ou de nuit)	25%
-Taux de recours standardisé selon l'âge et le sexe en HTTP	6,25%
-Part bénéficiaires CMUC	6,25%

-Superficie 3,25%

-Dépenses AM (DAF+OQN+offre libérale) / habitant 9,25%

Le CH de Plouguernevel ressort avec un score global de 19% et des scores par indicateur assez contrastés :

- Indicateur 2, score à 23% : hospitalisation au long cours ramenée au nombre d'habitants : les données du CH de Plouguernevel sur les séjours longs sont dans la moyenne régionale constatée, représentant environ 25% des capacités d'hospitalisation. Le score est détérioré par la faible population du territoire.
- Indicateur 3, score à 27% : Part en file active de l'hospitalisation à temps partiel / temps plein.
- Indicateur 4, score à 25% : Taux de recours standardisé à l'hospitalisation temps plein.
- Indicateur 7, score à 47% : dépenses totales ramenées à l'habitant. Il convient de noter que le score DAF/habitant dans le précédent indice composite était de 1.55 ; la prise en compte dans le nouvel indicateur de l'ensemble des dépenses d'Assurance Maladie en santé mentale (DAF + OQN + offre libérale), demandée par le CH de Plouguernevel, permet de nuancer quelque peu cette donnée.
- Les indicateurs 1,5 et 6 (File Active, part des CMUC et étendue du territoire) ressortent assez logiquement de façon favorable.

A l'analyse de ces données, le **Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de Plouguernevel comprend des actions à développer autour des scores 2 et 3 (avec une incidence à la baisse sur l'indicateur 4) afin :**

- **d'une part de développer le nombre de patients pris en charge à temps partiel de jour et en ambulatoire,**
- **d'autre part de diminuer les séjours longs par la mise en œuvre de filières d'aval plus structurées.**

Pour la campagne budgétaire 2017, les économies demandées au niveau national dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, auxquelles s'ajoute la reprise au titre du pacte de responsabilité sont couvertes par les mesures de reconduction allouées. De ce fait, contrairement à 2016, le système de modulation des DAF n'est pas mis en œuvre.

Parallèlement, le **Conseil National de la Santé Mentale** (CNSM) a installé en octobre 2016 un comité de travail comprenant 35 membres qui s'est réuni pour la 1ère fois le 13 janvier 2017. Ce comité est une instance de réflexion, de propositions et de production spécifique à la psychiatrie. Il fédère des représentants des usagers et des familles, des fédérations hospitalières, des conférences de présidents de commissions médicales d'établissements (CME) et de directeurs d'établissements, des sociétés savantes en psychiatrie, des professionnels médicaux et non médicaux de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, du secteur médico-social, de la médecine générale et des ARS.

L'un des axes de travail de ce comité pour l'année 2017 est de **proposer des modalités de financements de la Psychiatrie concentrés dans un premier temps sur les critères de modulation intra régionale des dotations annuelles de financement et l'homogénéité des tarifs de prestation**. L'ensemble se place dans un contexte où les travaux de valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) ont été interrompus depuis près de dix ans et où coexistent par ailleurs des systèmes de péréquation différents, selon les régions, pour moduler les DAF allouées aux établissements.

❖ **Sur le domaine médico-social**

d. Réformes des établissements médico-sociaux : CPOM, Tableaux de Bord, EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses,

Les nombreuses réformes en cours sur le secteur médico-social vont modifier considérablement notre approche budgétaire et financière des établissements médico-sociaux. En effet, la mise en place systématique des **CPOM sur tous les établissements médico-sociaux** et avec tous les financeurs ainsi que le **mécanisme des EPRD** modifient la logique budgétaire qui passe d'une logique par établissement à une logique consolidée sur plusieurs établissements. Le CPOM nous offre une meilleure visibilité financière sur 5 ans ainsi qu'une certaine souplesse d'ajustement annuel des financements entre nos différents établissements. La problématique d'affectation des résultats, bien que légèrement modifiée par le CPOM puisque la reprise des excédents devient une exception, reste présente du fait des décisions annuelles d'affectation toujours prises par les financeurs ne permettant pas au gestionnaire une réelle autonomie et programmation pluriannuelles.

Notre CPOM médico-social actuel évoluera sur la période avec la participation du Conseil Départemental des Côtes d'Armor en 2018 et à suivre celle du Conseil Départemental du Finistère. L'EHPAD et l'USLD rejoindront le CPOM au terme des conventions tripartites en cours (2014-2018) à l'horizon 2019. A terme, la part budgétaire du CPOM médico-social dans les produits de tarification de l'AHB représentera près de 36% du budget annuel consolidé avec un total de financement d'un peu plus de 22 M€ répartis entre l'ARS Bretagne et les Conseils Départementaux des Côtes d'Armor et du Finistère.

La mise en œuvre du mécanisme des EPRD sur le médico-social (réalisé en 2017 pour l'EHPAD) modifie la logique de construction budgétaire qui débute avec des produits arrêtés par les autorités de facturation pour proposer le budget et qui inclut des données d'analyse financière.

L'AHB participe depuis la campagne 2013 au recueil des données des **Tableaux de Bord médico-sociaux pour tous ses établissements médico-sociaux**. Après une phase de fiabilisation et d'harmonisation de nos données transmises, nous pouvons à présent utiliser les données et analyses des tableaux de bord en interne et notamment dans la perspective du Projet de Pôle médico-social à définir en 2018 et des renouvellements de projets d'établissements à suivre.

e. Projet SERAFIN (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours)

Le programme de travail **SERAFIN-PH** porte sur la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées et vise à **moduler les financements de ces établissements et services en fonction des caractéristiques des résidents, de leurs besoins et des prestations qui leur sont apportées.** Cela suppose d'identifier ce qui impacte les coûts de l'accompagnement. Des nomenclatures de besoins et de prestations ont été arrêtées au niveau national et doivent être un moyen de corréler au mieux les besoins des personnes accueillies et les prestations délivrées en réponse à ces besoins.

L'AHB a vocation à s'inscrire dès à présent dans le projet SERAFIN PH. Une candidature a été envoyée en 2017 pour participer au recueil des données au titre de l'année 2016 sur un de nos établissements PH. Nous renouvellerons notre candidature sur les années à venir afin de nous familiariser au plus vite avec les données du recueil et les méthodes de calcul. Le recueil de ces données de nomenclatures impactera fortement l'organisation des établissements médico-sociaux de l'AHB qui devront se mettre en capacité de répondre aux

items des nomenclatures (organisation des établissements, décompte des temps de travail, fiches de poste, adaptation des systèmes d'information …).

❖ Sur l'impact financier de certaines réglementations sur les dépenses de personnel

f. Allégements de charges sociales au titre de la ZRR (Zone de Revitalisation Rurale)

L'AHB bénéficie, pour certains de ses établissements, **d'exonérations de charges sociales** (charges de sécurité sociale, contribution au FNAL, versement transport). Ces dispositions, résultant de la Loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, visent à encourager l'emploi et l'initiative économique en milieu rural, et s'appliquent aux salariés de fondations ou d'associations reconnues d'utilité publique ou sociale. Les lois de finances successives, notamment celles de 2013 et de 2014 ont modifié les conditions d'attribution de ces allégements qui ont vocation à s'éteindre naturellement au fur et à mesure des départs de salariés.

Le montant total des allégements 2016 s'élève à 907 K€ contre 1,118 M€ en 2015, 1,234 M€ en 2014 et 2,271 M€ en 2013.

Le dispositif d'allégements de charges ZRR est d'une grande fragilité en lien avec les dispositions des Lois de Finances successives. Son impact est important sur les équilibres économiques de l'AHB et nous continuerons à sensibiliser constamment nos autorités de tarification sur ce dispositif et sur les incertitudes qui entourent son devenir et sur les conséquences d'une éventuelle extinction brutale.

g. Dispositif du CITS (Crédit d'Impôt sur la Taxe sur les Salaires)

Dans le cadre du PLFSS 2017 (adopté en lecture définitive le 05 décembre 2016) et de son examen devant le Parlement, un amendement (N° II-CF245) a été adopté à l'unanimité le 18 novembre 2016 par l'Assemblée Nationale. Cet amendement introduit un **CICE associatif dénommé CITS (Crédit d'Impôt de Taxe sur les Salaires)** à compter du 01 janvier 2017. La FEHAP, depuis quelques années et notamment depuis la mise en œuvre en 2013 du CICE pour le secteur marchand, a œuvré pour que ce CITS soit introduit et vienne ainsi réduire les inégalités de taux de charges entre le secteur privé non lucratif, le secteur privé lucratif et le secteur public. Ce crédit d'impôt de 4% est assis sur les rémunérations brutes annuelles des salariés, n'excédant pas 2,5 fois le SMIC, et sera imputé sur la taxe sur les salaires de 2017. **Les premières estimations de calcul font état d'une diminution de la masse salariale comprise entre 1% et 2.5% suivant la structure d'emploi dans les établissements**. Pour l'ensemble de l'AHB, l'évaluation 2017 s'établit à 982 K€. Ce crédit d'impôt sera utilisé en compensation de l'augmentation de la valeur du point FEHAP (+0.5% en juillet 2017 et +0.5% en juillet 2018) ainsi que de l'impact des modifications de classifications de l'avenant N° 2017-02 à la CCN51.

Toutefois, une forte incertitude pèse à la fois sur la non reprise de ces crédits sur les résultats par les autorités de tarification et sur le devenir du dispositif CITS dans les futures Lois de Finances. Le projet de loi de Finances 2018 (article 43) prévoit la suppression du CITS au regard des allégements de cotisations sociales à compter de l'année 2019 ; le montant des allégements de charges devant être supérieur au CITS.

h. Avenants aux conventions collectives et accords d'entreprise

Lors de l'élaboration de nos demandes ou des négociations budgétaires, les impacts des avenants aux conventions collectives CCN51 et CCN66 doivent être connus, évalués et explicités sur une vision pluriannuelle. Les accords d'entreprise négociés au sein de l'AHB doivent être évalués pluriannuellement et financés.

4. CREATION D'UN SIEGE SOCIAL A L'AHB

L'étude sur les **frais de siège**, réalisée en 2017, figure dans les objectifs du CPOM médico-social 2016-2020, signé avec l'ARS Bretagne. Elle a pour objectif de **décrire les prestations réalisées pour les établissements de l'AHB au titre des frais de siège et d'estimer les niveaux de frais de siège au travers d'une démarche type sincérité des comptes**. Elle tient également compte des prestations logistiques et techniques, hors frais de siège, et qui ne sont pas aujourd'hui répercutées complétement sur les différents établissements.

Au fur et à mesure des redéploiements de lits de la Psychiatrie vers le Médico-social, l'AHB a ouvert des établissements médico-sociaux et conservé sur le site de Plouguernevel les personnels et infrastructures immobilières et techniques permettant d'apporter à ces nouveaux établissements les prestations logistiques, techniques et administratives indispensables à leur bon fonctionnement. Les refacturations de ces activités aux différents établissements ne sont pas aujourd'hui réalisées de façon complète et dans le respect des principes énoncés par les articles du CASF relatifs aux frais de siège.

Certaines fonctions très spécialisées qui se retrouvent au sein des directions de l'AHB ne pourraient être pourvues dans chaque établissement soit du fait de la rareté des profils recherchés soit du fait d'un temps de travail peu élevé, rapporté à chaque établissement.

Les prestations réalisées aujourd'hui par les directions de l'AHB donnent satisfaction dans les différents établissements. Elles permettent de garantir la cohérence globale au niveau de l'association sur les décisions et orientations stratégiques de l'AHB. Ces fonctions de siège jouent un rôle facilitateur dans la gouvernance de l'association et dans les relations de la Direction avec les instances de l'AHB.

Cette organisation centralisée a la capacité à répondre à une technicité croissante dans les différents domaines d'expertise. Dans le secteur de la santé et du médico-social, l'efficience des organisations est aujourd'hui recherchée et se traduit par la notion de groupe de taille critique. L'AHB, de par sa structuration à ce jour, possède l'organisation et la taille critique pour répondre aux exigences du secteur de la santé.

L'étude réalisée sera soumise en 2017 aux avis puis décisions des autorités de tarification (ARS et Conseils Départementaux). La création et mise en œuvre d'un siège sont conditionnées par l'accord de l'ARS Bretagne après avis des Conseils Départementaux des Côtes d'Armor et du Finistère et par des transferts de crédits des enveloppes CNSA sanitaire vers le médico-social. **L'impact financier pour l'AHB est important (frais de siège estimés à 4,228 M€ lors de l'étude portant sur les données 2015) et la mise en œuvre, sans crédits supplémentaires, permettrait de rééquilibrer les dotations des différents établissements et notamment de diminuer la dotation du Centre Hospitalier sur lequel pèsent aujourd'hui ces frais de siège contribuant ainsi à la sur dotation théorique en Psychiatrie du Centre Hospitalier de Plouguernevel.**

5. ACCOMPAGNER LES PROJETS DES FONCTIONS SUPPORTS DE L'AHB

Le projet d'optimisation des moyens financiers doit également accompagner les différents projets supports de l'AHB :

- Projet Social
- Projet Qualité et Gestion des risques
- Schéma Directeur des Systèmes d'Information
- Projet logistique, technique, hôtelier, biomédical, immobilier et sécurité
- Projet pharmaceutique et prise en charge médicamenteuse
- Projet sport, culture et lien social
- Projet Communication
- Projet du développement durable

Les objectifs et les actions de ces différents projets doivent être pris en compte dans les orientations budgétaires de l'AHB, déclinés dans les propositions budgétaires annuelles et financés dans le cadre des Plans Globaux de Financement Pluriannuels (PGFP). En particulier, les opérations immobilières et architecturales importantes ainsi que les transformations liées au projet social doivent être particulièrement analysées et précisées dans les procédures budgétaires.

❖ Le projet immobilier, technique et logistique

Le projet immobilier, technique et logistique de l'AHB sur la période 2018-2022 est ambitieux et comporte des opérations immobilières structurantes pour l'AHB. Les Plans Pluriannuels d'Investissements (PPI) et les PGFP devront intégrer ces projets qui permettront à l'AHB d'adapter son offre aux politiques publiques ainsi qu'aux déclinaisons régionales, départementales et territoriales et de proposer des solutions innovantes.

Les PPI et PGFP sont établis sur une période de 5 ans et révisés annuellement lors des procédures budgétaires.

Les opérations immobilières et architecturales significatives comprennent :

❖ **L'adaptation de notre offre immobilière aux besoins de la population** avec :

- La valorisation et l'adaptation de notre patrimoine immobilier notamment sur le site de Plouguernevel,
- Des réflexions communes au sein des GHT et des coopérations pour répondre aux besoins de la population (UCC-UHR, Hospitalisation des mineurs, PA, PH, population vieillissante …),
- Le regroupement de nos activités de psychiatrie adulte dans un même lieu à Pontivy,
- Une réflexion autour de regroupements possibles d'activités sur Rostrenen,
- L'aménagement d'espaces d'apaisement,
- Des réaménagements d'espaces à l'UMD afin de s'adapter aux besoins des patients et des professionnels.

❖ **La recherche de solutions d'accompagnement :**

- Développer les solutions d'hébergement et de logement autour de l'habitat inclusif et des logements passerelle,
- Favoriser le développement de la réhabilitation psycho-sociale et des activités sportives, culturelles et de développement du lien social,
- Aménager de façon optimale les espaces d'activité dans les établissements médico-sociaux,
- Développer la domotique sur les établissements médico-sociaux.

❖ Le projet social et le projet de soins

Le projet social et le projet de soins donnent les orientations d'évolution des effectifs par établissement/service ainsi que les compétences et métiers à déployer sur les cinq années à venir. **Un des objectifs prioritaires est de mettre en adéquation les effectifs/qualifications avec les activités exercées, au travers d'études de charges de travail et de besoins des usagers**.

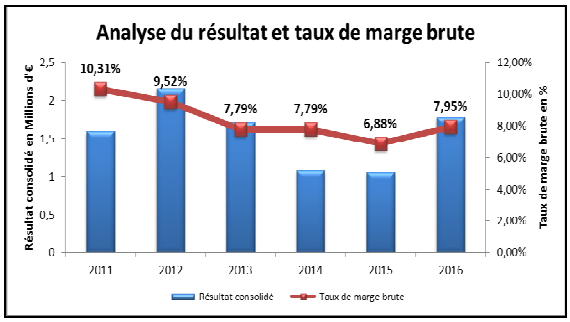
Un point particulier de vigilance doit être maintenu sur la **démographie médicale** de l'AHB en lien avec la pyramide des âges des personnels médicaux et les difficultés de recrutement rencontrées récemment.

L'évolution de la pyramide des âges entraîne un renouvellement important des professionnels et notamment des professionnels soignants avec des besoins en tutorat et en accompagnement dans le métier qui devront se traduire au niveau budgétaire.

Les budgets des établissements doivent également tenir compte des besoins de formations nécessaires aux évolutions des métiers et des compétences suivant le plan d'actions défini par la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins.

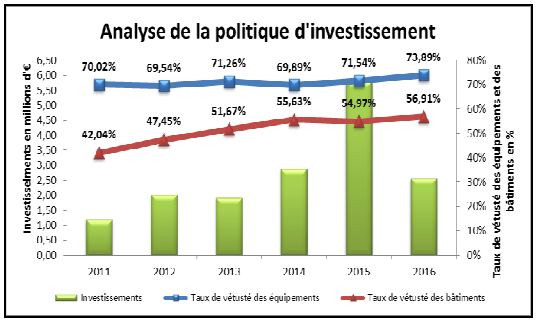
6. INDICATEURS FINANCIERS CONSOLIDES

Les indicateurs et ratios financiers présentés ci-dessous sont calculés et analysés périodiquement pour chacun de nos établissements :



Le résultat d'exploitation reste excédentaire sur la période (1,79 M€ en 2016).

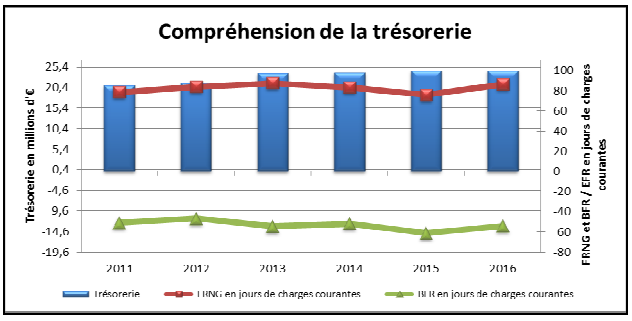
Le taux de marge brute diminue sur la période passant de 10,31% à 7,95%. Il est en augmentation en 2016 passant de 6,88% en 2015 à 7,95% en 2016.



Les investissements de l'AHB ont fortement augmenté en 2015 notamment suite à la construction du CPEA de Pontivy et aux travaux d'extension à Callac.

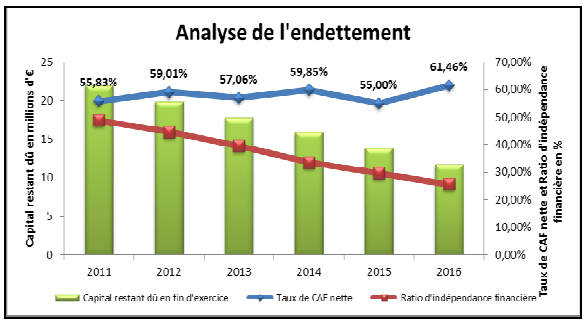
En 2016 les investissements sont moindres et redescendent à 2,55 M€.

Le taux de vétusté des équipements apparaît relativement élevé à environ 74%. Le taux de vétusté des bâtiments passe de 54,97 % à 56,91 % soit en légère augmentation.



Le BFR de l'Association étant négatif, l'Excédent de Fonds de Roulement dégagé va permettre d'alimenter la trésorerie nette.

La trésorerie au 31/12, au dessus des 20 M€ sur la période, est stable depuis 2013.



Le ratio d'indépendance financière diminue sur la période à la faveur des remboursements d'annuités d'emprunt (pas de nouvel emprunt contracté). Le capital restant dû est en diminution régulière pour atteindre 11,8 M€ fin 2016.

Le taux de CAF nette qui mesure la capacité de l'Association à autofinancer le renouvellement de ses immobilisations est en augmentation en 2016 et se situe à 61,46 %.

Un peu moins de la moitié de la CAF est utilisée au remboursement des emprunts.

Dans le cadre des contraintes budgétaires liées aux politiques de santé et les PPI à venir, il conviendra de veiller à ne pas dégrader nos principaux ratios financiers.

Il n'est notamment pas prévu à court terme de recours à l'emprunt, le ratio d'indépendance financière est en diminution depuis 6 ans passant de 49% à 26% à fin 2016. Le taux de marge brute (7.95% fin 2016) est proche de la valeur de 8% préconisée par l'ARS Bretagne dans ses rapports d'orientations budgétaires mais ce taux sera certainement un peu dégradé dans les années à venir par la diminution prévisionnelle des résultats d'exploitation en lien avec les politiques et les contraintes budgétaires. Un point de vigilance doit être porté sur le renouvellement régulier des équipements du fait du taux de vétusté de 74% fin 2016 qui paraît un peu élevé.

7. OUTILS DE CONTROLE INTERNE A LA DIRECTION FINANCIERE

Des outils et procédures sont à développer au sein de la Direction Financières afin de répondre aux exigences du contrôle interne. Ces outils viendront également en appui de la procédure de certification des comptes par le Commissaire aux Comptes.

Parmi les améliorations à apporter au fonctionnement interne figurent :

- La mise en œuvre d'une procédure des règlements,
- La mise en œuvre d'un protocole de facturation des patients/résidents,
- La rédaction de protocoles comptables décrivant les processus budgétaires, comptables et financiers de l'AHB,
- L'optimisation de la procédure achats et des délégations/autorisations d'achats,
- L'optimisation du recueil et de la valorisation des heures dues aux salariés et la recherche d'actions permettant la maîtrise de cette dette sociale.

8. OUTILS DE PILOTAGE MEDICO-ECONOMIQUE ET RECHERCHE D'EFFICIENCE

La recherche d'efficience dans le pilotage médico-économique doit être développée à l'AHB en structurant plus finement nos organisations autour de ce thème et en mettant en place des outils de pilotage médico-économique.

❖ Cellule de suivi de l'activité

Une cellule de suivi de l'activité et de l'efficience médico-économique sera créée à l'AHB avec comme principales missions le suivi de l'activité des établissements et services, la mise en perspective de l'activité réalisée avec les moyens alloués et consommés, la diffusion d'information médico-économique auprès des acteurs de terrain ainsi que l'échange sur les pratiques.

Cette cellule de suivi de l'activité prendra appui sur l'encadrement de l'AHB afin à la fois de diffuser l'information auprès des équipes mais aussi de suivre au plus près du terrain et des services les évolutions de l'activité.

Un travail de concertation et de mise à disposition de données pertinentes sera à mener avec les médecins de l'AHB afin de leur fournir les données statistiques et épidémiologiques souhaitées.

Au niveau de la saisie de l'activité PMSI et de l'activité sur le secteur sanitaire, des actions de formation, information et sensibilisation au codage doivent être réalisées en continu auprès des professionnels afin d'assurer un codage exhaustif et de qualité. En effet, la montée en charge progressive des financements liés à l'activité (Tarification à l'activité en MCO et en SSR, modulations des dotations de Psychiatrie en fonction d'éléments d'activité) nous incitent à améliorer notre recueil et notre suivi des données d'activité.

❖ Outils de suivi de l'efficience médico-économique

La Direction Financière doit s'organiser sur le moyen terme afin d'être en capacité d'évaluer puis de répondre aux appels à candidatures – projets dans les délais impartis et avec des outils standardisés et confirmés.

De plus, un outil de pilotage médico-économique et de requêtage sera installé et exploité afin de répondre aux demandes internes et externes de production de données agrégées (tableaux de bord…). Cet outil permettra l'extraction et la présentation de données des bases Patient/Résident et des autres bases de données (RH, finances, qualité, DTL …). Des tableaux de bord doivent être régulièrement produits, transmis aux équipes et un réel dialogue de gestion doit s'instaurer entre le contrôle de gestion au sens large et les services autour de ces données médico-économiques.

Le contrôle de gestion doit également produire ou accompagner les équipes dans la production de tableaux de bord à la fois en interne mais aussi en externe (Tableaux de bord médico-sociaux, projet SERAFIN PH …).

La recherche de parangonnage avec d'autres établissements est favorisée ainsi que le renforcement des coopérations et mutualisations avec d'autres établissements (Par exemple, coopération avec la Fondation Bon Sauveur sur le retraitement comptable et les tableaux de bord).

Plan d'action 2018-2022

Thème	Projet	Périmètre : AHB, Sanitaire, Médico-social, social	Service/Unité	Responsable	Année	Date de lancement	Date de fin	Indicateurs de suivi	Etat (EA, EC, T, A)
Evolution et réformes budgétaires	Suivre et adapter les moyens de l'AHB aux différentes réformes budgétaires et financières	AHB	Tous	DAFSI	En continu			Approbation des budgets et des comptes administratifs/consolidés	EC
Frais de siège	Réaliser l'étude, la présenter et mettre en œuvre des frais de siège après	AHB	Tous	DAFSI	2018	01/01/2018	31/12/2018	Budget de l'établissement Siège	EA
Investissements et opérations immobilières	Construire et réviser annuellement les PPI et les PGFP	AHB	Tous	DAFSI	En continu			Approbation des budgets et des comptes administratifs/consolidés	EC
Pilotage médico-économique	Créer une cellule de suivi de l'activité	AHB	Tous	DG	2018	01/01/2018	31/12/2022	Activation et travaux de la cellule	EA
Pilotage médico-économique	Déployer un outil de pilotage médico-économique	AHB	Tous	DAFSI	2019	01/01/2019	31/12/2019	Tableaux de bord et rencontres avec les services	EA
Procédures et protocoles	Optimiser le contrôle interne par la mise en œuvre de procédures et protocoles au sein de la Direction Financière	AHB	DAFSI	DAFSI	En continu			Procédures, protocoles existants et validation par le Commissaire aux Comptes	EC

Glossaire

ADESM	Association des Etablissements participant au Service Public de Santé Mentale
AES	Accident avec Exposition au Sang
AGIRH	Application de Gestion Intégrée des Ressources Humaines
AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
AM	Assurance Maladie
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
APAHCOM	Accompagnement médico-social des Personnes Adultes Handicapées sur le territoire Centre Ouest Morbihan
ARS	Agence Régionale de Santé
AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Adaptation de la Société au Vieillissement
BDES	Base de Données Economiques et Sociales
CA	Conseil d'Administration
CACES	Certificat à la Conduite En Sécurité
CAF	Capacité d'Autofinancement
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CARS	Childhood Autism Rating Scale (Echelle d'évaluation de l'Autisme Infantile)
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCN	Convention Collective Nationale
CDI	Contrat de Travail à durée Indéterminée
CDD	Contrat de Travail à durée Déterminée
CDS	Centre de Santé
CDU	Commission des Usagers
CE	Comité d'Entreprise
CH	Centre Hospitalier
CHCB	Centre Hospitalier Centre Bretagne
CHSCT	Comité d'Hygiène Sécurité et des Conditions de Travail
CHPM	Centre Hospitalier Pays de Morlaix
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CIH	Comité Interministériel du Handicap

CIV	Cellule d'Identitovigilance
CITS	Crédit d'Impôt de Taxe sur les Salaires
CLS	Conseil Local de Santé
CLSM	Conseil Local Santé Mentale
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS	Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COVIRIS	Commission des Vigilances et des Risques
COB	Centre Ouest Bretagne
CMP	Centre Médio-Psychologique
CMPS	Centre Médico-Psychologique Spécialisé
CMPEA	Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents
CNSM	Conseil National de la Santé Mentale
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPIAS	Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins
COPIL	Comité Pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSSI	Comité de la sécurité des Systèmes d'Informations
CSQ	Comité Stratégique de la Qualité
CSSRA	Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Addictologique
CVS	Conseil de Vie Sociale
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DAFSI	Direction Financière et des Systèmes d'Information
DD	Développement Durable
DE	Diplôme d'Etat
DM	Dispositifs Médicaux
DRH	Direction Ressources Humaines
DIM	Département d'Information Médicale
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DP	Dossier Pharmaceutique

DPC	Diplôme Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
DQSGR	Direction Qualité, Sécurité, Gestion des Risques
DTL	Direction Technique et Logistique
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
ECA	Évaluation des Comportements Autistiques
ECT	Électroconvulsivothérapie
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EMIA	Équipe Mobile d'Intervention Autisme
EPP	Évaluation Pratiques Professionnelles
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements et Services Médico-Sociaux
ERP	Établissement Recevant du Public
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
ETP	Équivalent Temps Plein
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FEI	Feuilles d'Evènements Indésirables
FRE	Fonds de Roulement Exploitation
FNAL	Fonds National d'Aide au Logement
FRI	Fonds de Roulement Investissement
FRNG	Fonds de Roulement Net Global
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCS CAPPS	Groupement de Coopération Sanitaire « Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé »
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GIP	Groupe d'Intervention Psychologues
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
GPMPP	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Parcours Professionnels

GTP	Gestion de Temps de Travail
HAS	Haute Autorité de Santé
HJ	Hôpital Jour
HTTP	Hospitalisation Thérapeutique Temps Partiel
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
ICALIN	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ICBMR	Indicateur Composite Bactérie Multi-Résistante
ICSHA	Indice de Consommation de Solution Hydroalcoolique
ICATB	Indice Composite de Bon Usage des Antibiotiques
IME	Institut Médico Educatif
IPAQSS	Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IRP	Instance Représentative du Personnel
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
LISP	Lits Identifiés de Soins Palliatifs
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCI	Mise en Chambre d'Isolement
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison des Adolescents
MEOPA	Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote
MIG	Mission d'Intérêt Général
MSP	Maisons de Santé Pluriprofessionnelle
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OGDPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMEDIT	Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques
ONDAM	Objectif National Des Dépenses d'Assurance Maladie
OQN	Objectifs Quantifiés Nationaux

PA	Personne Âgées
PAA	Plan d'Actions Achats
PACT	Plan d'Amélioration des Conditions de Travail
PAQSS	Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCPE	Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PDSM	Projet Départemental de Santé Mentale
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PH	Personne en situation de Handicap
PPI	Projet Pédagogique Individualisé
PMP	Projet Médical Partagé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPI	Plan Pluriannuel d'Investissement
PRA	Plan de Reprise d'Activité
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PSE	Plan de Sécurisation des Etablissements
PSP	Pôle de Santé Pluriprofessionnel
PSSI	Politique de Sécurité des Systèmes d'Informations
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
PUI	Pharmacie à Usage Interne
QVT	Qualité de Vie au Travail
RBPP	Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
RH	Ressources Humaines
RGPD	Référentiel Général de Protection des Données
RPS	Risques Psychosociaux
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RESPADD	Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions
RSSI	Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Informations
rTMS	Répétitive Stimulation Magnétique Transcrânienne
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDRE	Soins Psychiatriques à la demande du Représentant de l'Etat
SDSI	Schéma Directeur des Systèmes d'Informations
SESSAD	Service d'Education et de Soins à Domicile
SPDT	Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers

SMSS	Service de Médecine et Soins de Suite
SPDTU	Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers – Procédure d'urgence
SPPI	Soins Psychiatriques en Péril Imminent
SERAFIN	Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours
SI	Système d'Information
SSC	Soins Sans Consentement
SSI	Sécurité des Systèmes d'Information
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarification à l'Activité
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TED	Trouble Envahissant du Développement
TDAH	Trouble de Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité
TRD	Traçabilité de l'Evaluation de la Douleur
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
TS8	Territoire Santé n° 8
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHEA	Unité d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
UIGP	Unité Intersectorielle de Gérontopsychiatrie
UPA	Unité Psychiatrie Active
URPS	Union Régionale des Professeurs de Santé
UMD	Unité pour Malades Difficiles
UMP	Unité Médico-Psychologique
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques
USLD	Unité Soins Longue Durée
USP	Unités de Soins Palliatifs
UTPEA	Unité Temps Plein pour Enfants et Adolescents
VAP	Valorisation de l'Activité en Psychiatrie
ZRR	Zone de Revitalisation Rurale

Association Hospitalière
DE BRETAGNE

2 route de Rostrenen 22110 PLOUGUERNEVEL
☎ 02 96 57 10 00 - 🖷 02 96 36 03 24
💻 direction.generale@ahbretagne.com
www.ahbretagne.com