

Contrat d'Objectifs et de Moyens

2003 – 2007

Entre

**L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne,
ci-après désignée**

« ARH »

Et

**Le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu de Dinan,
ci-après désigné**

« CHSJD »

DECEMBRE 2003

SOMMAIRE

I - 1^{ERE} PARTIE : PRESENTATION DU CONTRAT	4
A - LES FONDEMENTS DU CONTRAT	5
1. <i>Les références légales</i>	5
2. <i>Les fondements de la volonté de l'ARH : la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire en santé mentale</i>	5
3. <i>Les fondements de la volonté du CHSJD : le projet médical et le projet d'établissement</i>	7
B - LES CONSIDERANTS DU COM.....	9
C - LE CHAMP DU CONTRAT	10
D - LA DUREE DU CONTRAT.....	11
E - LE FINANCEMENT DU CONTRAT.....	12
F - LE SUIVI DU CONTRAT.....	13
G - REVISION DU CONTRAT.....	13
H - REGLEMENT DES LITIGES	14
II - 2^{EME} PARTIE : OBJECTIFS	15
OBJECTIF N°1 ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	16
A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE.....	16
1. <i>Le redécoupage sectoriel impose de reconsidérer le dispositif en vue d'offrir une prise en charge de proximité</i>	16
2. <i>Le dispositif ambulatoire</i>	16
3. <i>La prise en charge en pédo psychiatrie</i>	17
4. <i>Les réponses aux besoins spécifiques de certaines populations</i>	17
B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS.....	18
OBJECTIF N°2 DEVELOPPER LES COMPLEMENTARITES ET COOPERATIONS AVEC LE DISPOSITIF SANITAIRE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL	35
A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE.....	35
B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS.....	36
OBJECTIF N°3 RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	41
A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE.....	41
B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS.....	42
OBJECTIF N°4 METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL	55
A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE.....	55
B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS.....	56
III - RECAPITULATIF COM 2003 - 2007	65

Contrat d'Objectifs et de Moyens

2003 – 2007

Entre

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne,
ci-après désignée « ARH »
représentée par sa Directrice Mme PODEUR

ET

Le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu de Dinan,
ci-après désigné « CHSJD »,
représenté par son Directeur M. LE COAT

Vu les articles L.6114-1 et L.6114-2 du Code de la Santé Publique,

Vu le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Bretagne 1999 – 2004,

Vu le schéma régional de santé mentale adopté le 23 avril 2001,

Vu le projet médical et le projet d'établissement du CHSJD de Dinan approuvés le 10 avril 2003,

Vu la délibération n° 71 du Conseil d'administration du CHSJD de Dinan en date du 3 novembre 2003, prise après avis de la Commission Médicale d'Etablissement et consultation du Comité d'Entreprise relative au contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARH et le CHSJD,

Vu la délibération de la Commission exécutive de l'ARH de Bretagne en date du 2 décembre 2003,

Il a été expressément convenu ce qui suit.

I -1^{ERE} PARTIE : PRESENTATION DU CONTRAT

DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

A - LES FONDEMENTS DU CONTRAT

1. Les références légales

Le contrat d'objectifs et de moyens est défini par les articles L.6114-1, L.6114-2 et L.6114-4 du Code de la Santé Publique. Il fait l'objet de la circulaire DH/EO.97 n°22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.

Le contrat d'objectifs et de moyens détermine les orientations stratégiques de l'établissement, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Il en définit les conditions de mise en œuvre, notamment dans le cadre du projet d'établissement approuvé.

A cet effet, le contrat d'objectifs et de moyens :

- décrit les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et ses modes de coopération ;
- définit des objectifs de qualité et de sécurité des soins ;
- favorise la participation de l'établissement aux réseaux de soins et de communautés d'établissements ainsi qu'aux actions de coopération ;
- précise les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines dans le cadre du projet social ;
- fixe les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, nécessaires à la mise en œuvre des objectifs ;
- mentionne le calendrier d'exécution et les modalités de suivi et d'évaluation de son exécution.

2. Les fondements de la volonté de l'ARH : la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire en santé mentale

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en santé mentale de Bretagne a fait l'objet d'un arrêté de la Directrice de l'ARH de Bretagne en date du 23 avril 2001.

Le SROS en santé mentale de Bretagne se fixe l'objectif d'améliorer l'organisation régionale en santé mentale, et ce, à travers deux orientations principales :

- ➔ **Garantir au patient la cohérence et la continuité des soins par la promotion de la coopération afin de réduire les disparités infra régionales et diverses formes de cloisonnement entre les dispositifs de prise en charge**

Cette orientation se décline dans les objectifs suivants :

- **Améliorer les conditions de prévention et d'accès aux soins**, en réaffirmant le rôle du Centre médico-psychologique ;
- **Améliorer l'accueil et le traitement des situations d'urgences et de crise** : le SROS insiste sur les 3 temps de l'accueil (temps de l'évaluation et de diagnostic), de l'intervention et de l'orientation (temps du soin et de « l'activation » du réseau),
- **Adapter les conditions d'hospitalisation complète**,
- **Garantir l'admission et les conditions d'hospitalisation des patients placés involontaires**,
- **Améliorer l'adéquation de la prise en charge** avec les besoins des patients hospitalisés en longue durée,
- **Favoriser la réadaptation et l'insertion sociale des patients** : l'enjeu est de répondre aux nécessités de réinsertion sociale et d'accompagnement des patients psychotiques dans la cité,
- **Développer l'implication formalisée des équipes de psychiatrie** dans la mise en œuvre de la politique de la ville,
- **Favoriser l'accompagnement des patients** vers des structures d'insertion sociale,
- **Favoriser l'ensemble des articulations et complémentarités** nécessaires à l'accessibilité et à la continuité des soins.

- ➔ **Garantir une réponse adaptée à des besoins spécifiques en lien avec les autres dispositifs de prise en charge**

Les actions prioritaires sont :

- **L'amélioration de la prise en charge des enfants par :**
 - ↳ La réduction des délais de consultation et une prise en charge précoce en renforçant les moyens du CMP,
 - ↳ La diversification et le renforcement des alternatives à l'hospitalisation complète,
 - ↳ Le développement de l'accueil en hospitalisation complète,
 - ↳ La promotion du travail en partenariat avec les services de maternité et de pédiatrie, avec l'Education nationale, l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection judiciaire de la jeunesse.
- **L'amélioration de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes par :**
 - ↳ La promotion de la mise en place de permanences d'accueil adaptées (lieux banalisés, ouverture en soirée...) à cette population en mutualisant les moyens de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie générale,
 - ↳ La mise en place d'un dispositif spécifique de prise en charge (consultations, hospitalisations),
 - ↳ La contribution à un dispositif partenarial pour jeunes en grande difficulté avec l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection judiciaire de la jeunesse.

- **L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées démentes par :**
 - ↳ Un dépistage précoce,
 - ↳ Une évaluation globale et pluridisciplinaire (gériatrie, neurologie, psychiatrie) grâce à un dispositif d'évaluation, de diagnostic et d'information par secteur sanitaire,
 - ↳ Une prise en charge adaptée par le renforcement des structures ambulatoires (hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel...) et l'organisation du traitement des situations de crise,
 - ↳ L'adaptation de structures de soins et d'hébergement, notamment par le soutien apporté aux personnels, par les équipes de secteur psychiatrique.
- **L'amélioration de la prise en charge des malades difficiles** par la création d'une Unité pour malades difficiles (UMD) interrégionale en Bretagne.
- **L'amélioration de la prévention du suicide et de la prise en charge des suicidants :**
 - ↳ Contribuer aux actions d'information et de formation,
 - ↳ Organiser la prévention de la crise et de la prise en charge des suicidants dans le cadre des urgences,
 - ↳ Assurer une prise en charge spécifique des adolescents suicidants,
 - ↳ Développer la psychiatrie de liaison auprès des services de soins somatiques.
- **L'amélioration de la prévention et de la prise en charge des conduites addictives** dont l'alcoolisme en :
 - ↳ Favorisant la coordination entre l'ensemble des intervenants en matière de prévention et de soins des conduites addictives,
 - ↳ Equilibrant et adaptant les moyens existants aux besoins de la population par une meilleure répartition des lits d'alcoologie sur l'ensemble des secteurs sanitaires, par le développement de structures d'hospitalisation de jour, l'extension des équipes d'addictologie de liaison, et le renforcement de l'implication dans les permanences d'accueil et de soins dans les établissements de santé.

3. Les fondements de la volonté du CHSJD : le projet médical et le projet d'établissement

Le projet médical présenté dans ce document définit les orientations médicales du Centre Hospitalier Saint-Jean-de-Dieu pour la période 2003 - 2007 et constitue les fondements du projet d'établissement.

Ce projet est le fruit d'une démarche ayant impliqué l'ensemble de la communauté hospitalière.

La réflexion du corps médical menée dans une perspective institutionnelle, a visé à l'amélioration du dispositif et de la prise en charge des patients en s'inscrivant dans les orientations du SROS en Santé Mentale. Cette démarche a conduit à fonder le projet sur les principes suivants :

▪ **Améliorer le fonctionnement du CH Saint-Jean-de-Dieu :**

- ↪ Mettre en place des unités intersectorielles afin de renforcer la cohérence des prises en charge et permettre l'utilisation la plus efficace des moyens,
- ↪ Mettre en place une Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (site de Léhon-Dinan),
- ↪ Réorganiser le DIM pour disposer d'un outil fiable d'information.

▪ **Améliorer le dispositif de prise en charge ;**

- ↪ Faire du CMP le pivot de la prise en charge en psychiatrie générale et infanto-juvénile,
- ↪ Améliorer l'accueil des personnes hospitalisées sans consentement,
- ↪ Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques et développer la psychiatrie de liaison,
- ↪ Créer deux unités de 25 lits à Saint-Brieuc,
- ↪ Améliorer les soins somatiques.

▪ **Améliorer certaines prises en charge spécifiques :**

- ↪ Les personnes âgées,
- ↪ Les patients en difficulté avec des substances psycho actives,
- ↪ Les hospitalisations de longue durée : les psychoses chroniques,
- ↪ Les soins en milieu pénitentiaire.

▪ **Améliorer et diversifier les prises en charge en pédo-psychiatrie.**

Le projet médical insiste également sur les axes suivants :

- ♦ **Ouvrir le centre hospitalier sur son environnement** en développant une politique de partenariat avec les autres structures de soins du secteur sanitaire et en assurant une bonne articulation avec les autres segments de l'offre de soins (médecine de ville, secteur médico-social) ;
- ♦ **Adapter le dispositif hospitalier actuel** aux nouveaux modes de prise en charge ;
- ♦ **Prendre en compte les priorités de santé publique** définies à l'échelon national, la conférence régionale de santé et telles que figurant et traduites dans le SROS ;
- ♦ **Offrir des prestations de qualité et garantir le respect des droits des personnes soignées** (conformément à la Circulaire du 6 mai 1995 - Charte du patient hospitalisé) en menant une démarche qualité et en s'inscrivant dans la Politique Qualité énoncée par l'établissement.

Toutes ces orientations sont issues du projet médical. A ce titre, elles constituent le cadre du développement du CH Saint-Jean de Dieu ; cependant, pour des raisons de priorité et de possibilité de financement, elles ne donneront pas toutes lieu à des actions au titre de ce COM. Les actions manquantes seront rediscutées et le cas échéant, prises en considération dans le prochain COM.

B - LES CONSIDERANTS DU COM

Le présent contrat a été élaboré en tenant compte des différents éléments représentatifs des missions du CHSJD, de sa place dans le système de soins et des particularités locales.

- Le CHSJD est un établissement privé participant au service public chargé d'organiser la lutte contre les maladies mentales sur une partie des secteurs sanitaires 6 et 7 correspondant au département des Côtes d'Armor. La population desservie a augmenté de 9,5% après le redécoupage des secteurs de psychiatrie et est passée de 230 475 à 252 195. Désormais, le CHSJD compte :
 - ➔ 2 secteurs de psychiatrie générale rattachés au secteur sanitaire 7, desservant plus de 160 000 habitants ; le centre hospitalier de référence de ce secteur sanitaire est le CH de Saint-Brieuc ;
 - ➔ 1 secteur de psychiatrie générale rattaché au secteur sanitaire 6, desservant plus de 90 000 habitants ; le centre hospitalier de référence de ce secteur est le CH de Saint-Malo ;
 - ➔ 1 intersecteur de pédo-psychiatrie, au bénéfice de près de 50 000 enfants de 0 à 16 ans, de Dinan à Saint-Brieuc.

- La file active totale est de 8131 personnes en 2002, et augmente régulièrement. Depuis 1991, la file active totale est en augmentation, avec un taux de progression de 53% entre 1991 et 2003.

- Trois problèmes prioritaires de santé publique concernent le secteur comme l'ensemble de la région :
 - ↪ une surmortalité par suicide,
 - ↪ une surconsommation d'alcool avec une problématique spécifique pour les jeunes,
 - ↪ le vieillissement de la population.

- L'éloignement entre les 2 pôles sanitaires desservis par le CHS (Dinan et Saint-Brieuc) est un point faible qui sera corrigé par le développement du pôle briochin.

- L'absence de lits d'hospitalisation complète en pédo psychiatrie dans le secteur 22 I 02, et au-delà, génère un certain nombre de dysfonctionnements, d'autant que les unités d'hospitalisation d'autres secteurs sont peu accessibles :
 - ➔ Les hospitalisations se font par défaut en secteur adulte pour des adolescents avant 16 ans voire de plus jeunes enfants, ce qui n'est pas satisfaisant ;
 - ➔ les enfants présentant des troubles du comportement sont de fait « exclus » des services de pédiatrie.

C - LE CHAMP DU CONTRAT

Les engagements du CHSJD et de l'ARH portent essentiellement sur les objectifs stratégiques suivants, détaillés en annexes jointes au présent contrat :

Objectif n°1 : Adapter le dispositif de prise en charge à l'évolution des besoins

Objectif 1 – 1 : Renforcer significativement la présence sur St Brieuc pour mieux répondre aux besoins de proximité

- ❑ *ouverture de deux unités de 25 lits chacune sur Saint-Brieuc*
- ❑ *renforcement du CMP du secteur 22G05*

Objectif 1 – 2 : Améliorer le fonctionnement du dispositif ambulatoire en psychiatrie générale

- ❑ *organisation du fonctionnement du CMP du secteur 22G04 sur Saint-Brieuc*
- ❑ *réorganisation du dispositif ambulatoire du secteur de Dinan, 22G06*

Objectif 1 – 3 : Améliorer la réponse aux besoins en psychiatrie infanto-juvénile

- ❑ *création d'une unité d'hospitalisation complète à Saint-Brieuc,*
- ❑ *renforcement du dispositif ambulatoire,*

Objectif 1 – 4 : Apporter les réponses adaptées à des besoins spécifiques à certaines populations

- ❑ *Développement de la géronto psychiatrie*
 - extériorisation de l'hôpital de jour Jeanne Jugan,*
 - mise en place d'une consultation spécialisée à Dinan,*
- ❑ *Création d'un hôpital de jour en addictologie à Dinan.*

Objectif n°2 : Développer les complémentarités et coopérations avec le dispositif sanitaire, médico-social et social

Objectif 2 – 1 : Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques et développer la psychiatrie de liaison sur le site de St Brieuc

Objectif 2 – 2 : Assurer un soutien aux structures médico-sociales pour personnes âgées

- ❑ *travail de liaison*

Objectif 2 – 3 : Participer à la création d'un réseau d'addictologie

- ❑ *sur St Brieuc*

Objectif n°3 : Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge

Objectif 3 – 1 : Améliorer l'accueil des personnes hospitalisées sans consentement

- *Transfert d'une unité pour personnes hospitalisées sans consentement à Saint-Brieuc*

Objectif 3 – 2 : Améliorer l'accueil des psychotiques chroniques dans le cadre d'une unité intersectorielle

- *Humanisation de l'unité pour les psychoses chroniques (unité Emmanuel) à Dinan.*

Objectif 3 – 3 : Améliorer l'organisation et le fonctionnement de la pharmacie

Objectif 3 – 4 : Engager l'établissement dans une démarche qualité vers l'accréditation

Objectif 3 – 5 : Réorganiser le DIM

Objectif n°4 : Mettre en œuvre le projet social

Cinq thèmes définissent le projet social :

- *Développer et organiser la mobilité professionnelle*
- *Poursuivre la politique de formation*
- *Améliorer les conditions de travail et contenir l'absentéisme*
- *Mettre en place un dispositif d'évaluation individuelle*
- *Mieux répartir les ressources en fonction de la charge de travail*

D - LA DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat d'objectifs et de moyens est conclu pour une durée de cinq ans et court sur la période 2003 – 2007.

E - LE FINANCEMENT DU CONTRAT

Sur la base des priorités retenues, l'ARH s'engage sur une enveloppe contractuelle d'accompagnement de 1.601.069 € sur cinq ans. L'enveloppe sera ainsi répartie :

OBJECTIFS	Objectifs opérationnels	Total par action	2003	2004	2005	2006	2007
1.ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	Renforcer significativement la présence sur St Brieuc pour mieux répondre aux besoins de proximité	244 475	133 505	110 970	-	-	-
	Améliorer la réponse aux besoins en psychiatrie infanto juvénile	1 027 525	28 082	312 679	686 764	-	-
	Apporter des réponses adaptées à des besoins spécifiques à certaines populations	180 915	-	-	-	180 915	-
2.DEVELOPPER LES COMPLEMENTARITES ET LES COOPERATIONS AVEC LE DISPOSITIF SANITAIRE, MEDICO SOCIAL ET SOCIAL		-	-	-	-	-	-
3.RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	Améliorer l'accueil des personnes hospitalisées sans consentement	148 154	-	-	-	42 707	105 447
4.METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL		-	-	-	-	-	-
DOTATION EN PROVENANCE DE PLOUGUERNEVEL				205 044			
Total		1 601 069	161 587	423 649	686 764	223 622	105 447
Accompagnement au titre du FMES		80 000 euros en non reconductible					

A cette enveloppe contractuelle s'ajoutent :

- Le taux de base fixé, chaque année, par la commission exécutive de l'ARH, après concertation avec les établissements de soins sous dotation globale ; ce dernier est égal au taux d'évolution annuel de l'enveloppe régionale, moins celui consacré à la mise en œuvre du SROS (contractualisation et réduction des inégalités intra-régionales) ;
- Les crédits spécifiques attribués aux établissements de santé pour des programmes particuliers à caractère reconductible ou non selon le cas ;
- L'émargement sur des crédits attribués en cours d'année et pouvant, soit abonder le taux de base initial, soit augmenter l'enveloppe contractuelle initiale ;
- Les subventions spécifiques accordées par l'Etat en fonctionnement (crédits de remplacement...) ou en investissement ;
- Les droits de tirage auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations au titre du Fond de Modernisation des Etablissements de Soins (FMES), selon les procédures en vigueur ;
- Les financements des éventuels avenants au Contrat d'Objectifs et de Moyens.

F - LE SUIVI DU CONTRAT

Un comité de suivi du Contrat d'Objectifs et de moyens réunissant l'ARH et le CHSJD est mis en place.

L'ARH est représentée par :

- La Directrice, Présidente de la commission exécutive
- Les deux Vice-Présidents de la commission exécutive
- La Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ille-et-Vilaine
- Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des Côtes d'Armor

Ou leurs représentants assistés par des collaborateurs du réseau ARH.

Le CHSJD est représenté par :

- une délégation conduite par le Directeur et comprenant le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

Le comité de suivi examine contradictoirement le bilan annuel de réalisation des opérations et des actions prévues au contrat, tel qu'établi par le CHSJD, en évalue les résultats, valide les actions à engager au cours de l'exercice suivant, ainsi que le montant de l'accompagnement financier correspondant, apporté par l'ARH.

Dans les conditions prévues à l'article G, il propose la passation d'un ou plusieurs avenants au contrat.

Il est saisi des difficultés particulières éventuellement rencontrées dans l'exécution du présent contrat.

Il se réunit au moins une fois par an ou à la demande expresse de l'une des deux parties.

Le bilan annuel est présenté par l'établissement en suivant le plan du contrat et adressé à l'ARH 1 mois avant la réunion.

G - REVISION DU CONTRAT

Les dispositions du contrat peuvent être modifiées annuellement par voie d'avenant :

- soit pour y intégrer, dans un souci de « traçabilité », des apports budgétaires imputés sur l'enveloppe régionale de financement des établissements sous dotation globale, hors enveloppe contractuelle initiale ;
- soit pour modifier la répartition de l'enveloppe contractuelle par objectif prioritaire et/ou par année ;
- soit pour réviser le contenu des objectifs et les plans d'actions correspondants, en regard de nouvelles orientations politiques nationales ou de modifications substantielles de l'environnement de l'établissement et de l'offre de soins régionale et sectorielle ;

- soit pour modifier de façon positive ou négative, en 2005 et 2007, l'enveloppe contractuelle en fonction de l'évolution des indicateurs d'efficience par comparaison à la moyenne régionale, tenant ainsi compte (lors des évaluations en 2004 et 2006) de l'évolution d'activité et de ressources dans le cadre du calendrier de contrat.

H - REGLEMENT DES LITIGES

Les parties s'efforceront de résoudre à l'amiable, notamment par l'intermédiaire du comité de suivi, les différends qui pourraient naître entre elles au cours de l'exécution du présent contrat. En cas de litige celui-ci sera porté à la connaissance des tribunaux compétents.

A Rennes, le

Annie PODEUR,

Présidente de la Commission Exécutive
de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Joël LE COAT,

Directeur du Centre Hospitalier
Saint Jean de Dieu

Docteur Marc VERLINGUE

Président de la Commission Médicale
d'Etablissement du Centre Hospitalier
Saint Jean de Dieu

Jean-Paul RUTHMANN

Président du Conseil d'Administration du
Centre Hospitalier Saint-Jean de Dieu

II - 2^{EME} PARTIE : OBJECTIFS

OBJECTIF N°1

ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS

A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE

1. Le redécoupage sectoriel impose de reconsidérer le dispositif en vue d'offrir une prise en charge de proximité

L'ARH de Bretagne a engagé en 1997 la redéfinition des secteurs de psychiatrie, avec comme objectif majeur de mieux insérer la psychiatrie dans le dispositif de soins, en articulation avec les centres hospitaliers de référence notamment.

La nouvelle carte des secteurs sanitaires se traduit pour le CH Saint-Jean-de-Dieu, par un accroissement de plus de 20 000 habitants dans la zone géographique rattachée à l'établissement.

Le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu intervient désormais sur 2 secteurs sanitaires, le secteur 7 (22G04, 22G05, 22I02) et le secteur 6 (22G06, 22I02) alors que ses moyens d'hospitalisation restaient encore jusqu'en 2003 fortement concentrés à Léhon.

Aujourd'hui, Saint-Jean-de-Dieu doit développer son activité simultanément sur 2 pôles géographiques (Saint-Brieuc et Dinan) distants de 60 kilomètres.

La nouvelle carte des secteurs de psychiatrie oblige donc à reconsidérer la stratégie médicale du CH Saint-Jean-de-Dieu afin de développer une offre de soins de proximité, notamment sur St Brieuc.

2. Le dispositif ambulatoire

Les secteurs de psychiatrie ont développé leur dispositif extra-hospitalier et tous les secteurs disposent aujourd'hui de plusieurs structures de prise en charge extériorisées.

Il s'agit aujourd'hui d'améliorer l'organisation, le fonctionnement et la prise en charge ambulatoire à travers la réduction des délais de rendez-vous, l'adaptation des horaires, la réponse aux urgences....

3. La prise en charge en pédo psychiatrie

L'intersecteur 22 I 02 recouvre les secteurs 22 G 04, G 05 et G 06 rattachés au Centre Hospitalier Saint-Jean-de-Dieu de Dinan. Le redécoupage modifie la population globale desservie. L'augmentation pour la pédopsychiatrie est de l'ordre de + 4000 enfants de moins de 16 ans, avec une incidence annuelle de +100 en file active nouveaux cas (+ 200 en suivi cumulé).

Les projets sont de créer une unité d'hospitalisation complète pour adolescents à Saint-Brieuc, de renforcer l'ambulatoire et de développer la psychiatrie de liaison.

Concernant l'hospitalisation complète, une unité sera créée à Saint-Brieuc afin d'accueillir de façon intersectorielle non seulement la population desservie par le CHS de Lehon mais également les populations des secteurs sanitaires 6, 7 et 8 selon le protocole d'admission défini en commun et sur la base des conventions passées avec les établissements sanitaires concernés. Cette organisation pourra être revue en fonction des résultats de l'évaluation de la réponse aux besoins qui sera réalisée après un an de fonctionnement.

Concernant le dispositif ambulatoire, la carte des implantations permet d'accéder à un CMP à moins de 25 km en tout point de l'intersecteur. Cinq sites sont maintenus : Broons, Dinan, Lamballe, Plancoët, Saint-Brieuc. Il s'agit désormais d'améliorer le fonctionnement des structures existantes en modifiant leur organisation.

4. Les réponses aux besoins spécifiques de certaines populations

La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques est une priorité de l'établissement, d'autant que nous observons un accroissement considérable du nombre de personnes de plus de 85 ans sur notre zone d'activités.

Un certain nombre de dispositifs spécifiques sont déjà mis en place. Il s'agit d'améliorer l'accessibilité au dispositif par l'extériorisation de l'Hôpital de Jour Jeanne Jugan et de répondre aux besoins croissants d'évaluation et d'orientation des personnes âgées par la mise en place d'une consultation spécialisée en géro-psycho-geriatrie.

Sur le site de Dinan, il existe une unité Intersectorielle d'Alcoologie de 14 lits proposant un travail de cure contractualisé autour du sevrage, du soutien psychothérapeutique et de l'aide au retour à la vie sociale et familiale. Elle accueille des malades dépendants à l'alcool avec ou pas d'autres éléments pathologiques intriqués (polytoxicomanies notamment). L'objectif est de diversifier les prises en charge en créant un hôpital de jour à Dinan en association avec le C.H.G. de Saint-Malo et dans le cadre du dispositif partenarial de prise en charge de l'addictologie.

B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS

Cet objectif stratégique se décompose en 4 objectifs opérationnels :

- 1. Objectif 1 – 1 : Renforcer significativement la présence sur St Brieuc pour mieux répondre aux besoins de proximité**
 - ❑ *Ouverture de deux unités de 25 lits chacune sur Saint-Brieuc,*
 - ❑ *Renforcement du CMP du secteur 22G05*

- 2. Objectif 1 – 2 : Améliorer le fonctionnement du dispositif ambulatoire en psychiatrie générale**
 - ❑ *Organisation du fonctionnement du CMP du secteur 22G04 sur Saint-Brieuc,*
 - ❑ *Réorganisation du dispositif ambulatoire du secteur de Dinan, secteur 22G06*

- 3. Objectif 1 – 3 : Améliorer la réponse aux besoins en psychiatrie infanto-juvénile**
 - ❑ *Création d'une unité d'hospitalisation complète à Saint-Brieuc*
 - ❑ *Renforcement du dispositif ambulatoire,*

- 4. Objectif 1 – 4 : Apporter des réponses adaptées à des besoins spécifiques à certaines populations**
 - ❑ *Développement de la géronto psychiatrie :*
 - ❑ *extériorisation de l'hôpital de jour Jeanne Jugan,*
 - ❑ *mise en place d'une consultation spécialisée à Dinan,*
 - ❑ *Création d'un hôpital de jour en addictologie à Dinan.*

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.1	Renforcer significativement la présence sur St Brieuc pour mieux répondre aux besoins de proximité
FICHE N° 1.1.1	Ouverture de 2 unités de 25 lits chacune sur Saint-Brieuc

I – DESCRIPTION DU PROJET

Les objectifs de ces unités sont de :

- Assurer les hospitalisations complètes au plus près du domicile des patients pour la population des secteurs psychiatriques 22G04 et 22G05 (partie Est du secteur sanitaire n°7),
- Répondre aux besoins de la population dont les troubles psychiatriques nécessitent une hospitalisation de courte ou moyenne durée, en service libre ou sur demande d'un tiers (chaque fois que le comportement le permet),
- Constituer une filière de soins structurée sur l'agglomération de St Brieuc, s'articulant avec l'offre de soins ambulatoire (les CMP), les soins à temps partiel (Hôpitaux de Jour et CATTP) et la prise en charge des urgences et des crises (Service de Psychiatrie d'Accueil et de Liaison).

Le projet est le suivant :

- Ouverture du centre de soins Saint Benoît Menni dans les locaux de l'ancienne clinique St François comprenant :
 - ↳ **Le regroupement sur le site des CMP** des secteurs 22G04 et 22G05 au rez de chaussée ;
 - ↳ deux étages d'hospitalisation ;
 - ↳ des activités thérapeutiques et le CATTP du secteur 22G05 à l'entresol.
- Admissions par le SPAL et, autant que possible, par les CMP.
- **Organisation de la prise en charge somatique** par la présence à mi-temps d'un praticien généraliste ; la permanence des soins somatiques est assurée en partenariat par les médecins de ville et le CH Yves Le Foll (convention).
- **Permanence des soins psychiatriques** par une astreinte la nuit, les dimanches et les jours fériés (astreinte commune à St B. Menni et au SPAL).

II – CALENDRIER

Ouverture effectuée le 16 septembre 2003.

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

Les moyens nécessaires à la constitution de ces unités relèvent du transfert de lits, de redéploiement et de renfort en personnel :

- ➔ Transfert de 50 lits :
- ➔ Organisation d'une astreinte médicale
- ➔ Redéploiement de personnel ; l'effectif prévu pour les 50 lits est de :
 - ↻ 3 médecins (ETP),
 - ↻ 2 cadres infirmiers (ETP),
 - ↻ 27,30 infirmiers (ETP),
 - ↻ 5 AS (ETP),
 - ↻ 0,8 secrétaire médicale (ETP),
 - ↻ 1 assistante sociale (ETP),
 - ↻ 1,5 psychologue (ETP),
 - ↻ 1 AMP (ETP).

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Action	Groupe	2003		2004		2005		2006		2007		Montants		Total Général
		COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	
Astreintes médicales	Groupe 1	46 505	-	110 970	-	-	-	-	-	-	-	157 475	-	157 475
	Groupe 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Groupe 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Groupe 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation Complète St Brieuc	Groupe 1	-	2 001 380	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 001 380	2 001 380
	Groupe 2	-	97 186	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97 186	97 186
	Groupe 3	87 000	315 387	-	-	-	-	-	-	-	-	87 000	315 387	402 387
	Groupe 4	-	401 071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	401 071	401 071
Total		133 505	2 815 024	110 970	-	-	-	-	-	-	-	244 475	2 815 024	3 059 499

V – INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs opérationnels :

- date d'ouverture du centre de soins Saint Benoît Menni
- suivi budgétaire de l'opération

Indicateurs de suivi :

- file active
- nombre d'entrées réalisées, de journées réalisées, taux d'occupation, origine géographique des patients
- exploitation du questionnaire de sortie évaluant la satisfaction des patients.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.1	Renforcer significativement la présence sur St Brieuc pour mieux répondre aux besoins de proximité
FICHE N° 1.1.2	Renforcement du CMP du secteur 22G05

I – DESCRIPTION DU PROJET

Le projet est de renforcer le CMP existant (secteur G05). Une ouverture en continu de 9 heures à 18h30, cinq jours sur sept, une présence médicale au moins tous les après midis, et un accueil téléphonique performant devraient permettre de réduire notablement les délais d'attente.

II – CALENDRIER

- ➔ Ouverture du CMP en 2003.

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ installation du CMP au rez-de-chaussée du Centre St-Benoît Menni,
- ➔ articulation de la présence des infirmières et des secrétaires avec le secteur 22G04 afin d'assurer un accueil plus large,
- ➔ renforcement du personnel infirmier et psychologues au CMP.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

L'effectif du CMP est constitué d'une assistante sociale (1 ETP), d'un psychologue (1 ETP) et de 5 infirmiers dont 2 postes qui ont été ajoutés en 2003 par redéploiement de moyens en provenance du CMP de Lamballe. Ce personnel est placé sous l'autorité d'un cadre infirmier (déjà employé à temps partiel sur cette unité).

V – INDICATEURS D’EVALUATION

Indicateurs opérationnels :

- date d’installation du CMP sur St Benoît Menni,
- redéploiement effectif des postes d’IDE,
- ouverture en continu du CMP.

Indicateurs de suivi :

- File active,
- Nombre de séances réalisées,
- Nombre de consultations effectuées,
- Délai d’obtention d’un rendez-vous,
- Nombre de consultations dans toutes les tranches horaires

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.2	Améliorer le fonctionnement du dispositif ambulatoire en psychiatrie générale
FICHE N°1.2.1	Organisation du fonctionnement du CMP du secteur 22G04 sur Saint-Brieuc

I – DESCRIPTION DU PROJET

Le projet est d'élargir les plages horaires d'ouverture du CMP de Saint-Brieuc jusqu'à 18h30 du lundi au vendredi (secteur 22G04) afin de réduire notablement les délais d'attente.

II – CALENDRIER

➔ 2004

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

➔ Aménagement de l'organisation du travail sans moyens supplémentaires.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Ouverture effective jusqu'à 18h30,
- Nombre de consultations dans toutes les tranches horaires
- Suivi des délais de rendez-vous.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.2	Améliorer le fonctionnement du dispositif ambulatoire en psychiatrie générale
FICHE N°1.2.2	Réorganisation du dispositif ambulatoire du secteur de Dinan, 22G06

I – DESCRIPTION DU PROJET

Afin de conforter le fonctionnement du dispositif ambulatoire autour du CMP au sein du secteur 22G06, il conviendra de :

- Disposer de nouveaux locaux pour le CMP/ CATTP de Dinan pour améliorer les conditions d'accueil et de soin en ambulatoire (locaux actuellement inadaptés) ;
- Redéployer des moyens en personnel sur le CMP de Dinan par transformation des CMP de Plancoët et de Broons en antennes de CMP, ce qui implique :
 - ↪ Une équipe infirmière unique,
 - ↪ L'absence de cadre à Plancoët et Broons,
 - ↪ Un secrétariat à Dinan,
 - ↪ Une activité et des consultations programmées par les médecins.

II – CALENDRIER

- 2004 : Disposer de nouveaux locaux pour le CMP/ CATTP de Dinan ;
- 2004/2005 : Transformer les CMP de Plancoët et de Broons en antennes de CMP ;
- 2004/2005 : Améliorer et réaménager les CMP/ CATTP.

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Transfert physique sur un autre site,
- ➔ Transfert de temps infirmier (étude en cours).

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D’EVALUATION

Indicateurs opérationnels :

- ouverture des 6 places d’appartements protégés,
- nouveaux locaux à Dinan.

Indicateurs de suivi :

- file active,
- nombre de prises en charge à temps partiel,
- nombre de consultations réalisées.
- Suivi des délais de rendez-vous au CMP.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.3	Améliorer la réponse aux besoins en psychiatrie infanto-juvénile
FICHE N° 1.3.1	Création d'une unité d'hospitalisation complète à Saint-Brieuc.

I – DESCRIPTION DU PROJET

Dans un premier temps, une unité d'hospitalisation complète de 10 lits est créée à Saint-Brieuc. Après un an de fonctionnement, une évaluation sera réalisée pour mesurer si cette unité répond à l'ensemble des besoins ou s'il est nécessaire d'envisager la création d'une seconde unité à Dinan.

L'unité est conçue pour recevoir des **adolescents, filles ou garçons de 12 à 16 ans**, mais sans exclusive d'enfants plus jeunes (à partir de 8 ans) ou plus âgés (jusqu'à 18 ans), le fonctionnement pouvant être organisé en fonction du recrutement et des besoins individuels des enfants.

L'UTPEA (Unité Temps Plein Pour Enfants et Adolescents) accueillera de façon intersectorielle sur sa zone de recrutement (intersecteurs 22101, 22102, 22103) les adolescents, selon le protocole d'admission défini et sur la base des conventions qui seront actualisées autant que de besoin, à l'ouverture éventuelle de la seconde unité.

Ces conventions avec les autres intersecteurs préciseront les modalités de collaboration avec les autres équipes (continuité des soins après la sortie...).

L'unité, pour répondre à sa vocation, devra fonctionner 24h / 24, 7 jours / 7, dimanches et jours fériés compris.

II – CALENDRIER

Ouverture prévue le 2 novembre 2004

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

Une construction sur le site du centre de soins St Benoît Menni est prévue.

Les moyens en personnels sont (création) :

- 0,5 médecin psychiatre (ETP),
- 1 cadre infirmier (ETP),
- 15 infirmiers/ éducateurs (ETP),
- 2,5 ASH (ETP),
- 0,25 secrétaire médicale (ETP),
- 0,25 assistante sociale (ETP),

- 0,5 psychologue (ETP),
- 0,1 médecin somaticien (ETP).

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Action	Groupe	2003		2004		2005		2006		2007		Montants		Total Général
		COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	
Unité d'hospitalisation pour les enfants et les adolescents à St Brieuc	Groupe 1	28 082	-	245 233	-	551 364	-	-	-	-	-	824 679	-	824 679
	Groupe 2	-	-	4 125	-	12 375	-	-	-	-	-	16 500	-	16 500
	Groupe 3	-	-	23 025	-	69 075	-	-	-	-	-	92 100	-	92 100
	Groupe 4	-	-	40 296	-	53 950	-	-	-	-	-	94 246	-	94 246
Total		28 082	-	312 679	-	686 764	-	-	-	-	-	1 027 525	-	1 027 525

V – INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs opérationnels :

- date d'ouverture de l'unité d'hospitalisation complète,
- suivi budgétaire,
- signature des conventions.

Indicateurs de suivi :

- File active,
- Nombre de patients admis,
- Nombre de journées,
- Origine géographique des patients, mode d'adressage,
- Evaluation du degré de satisfaction par questionnaire.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.3	Améliorer la réponse aux besoins en psychiatrie infanto-juvénile
FICHE N° 1.3.2	Renforcement du dispositif ambulatoire

I – DESCRIPTION DU PROJET

Après l'ouverture du CATTP de Dinan en 2002 (5 places), ouvrir 1 CATTP de 5 places à St Brieuc pour compléter le dispositif sectoriel. En effet, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel a pour objectif de maintenir ou de favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe.

II – CALENDRIER

- 2003 : ouvrir 1 CATTP à St Brieuc

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- Redéploiements :

- ↳ 0,1 médecin psychiatre,
- ↳ 0,1 cadre,
- ↳ 0,4 infirmier,

Ces redéploiements sont effectués à partir de l'hôpital de jour de pédo-psychiatrie de Saint-Brieuc, et permettront de faire fonctionner le CATTP en liaison avec le CMPI et l'hôpital de jour.

- Location HLM pour le CATTP de Saint-Brieuc,

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D’EVALUATION

- File active,
- Nombre de prises en charge,
- Nombre de consultations,
- Délai de réponse pour un premier entretien, pour une consultation,
- Plages horaires d’ouverture.

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.4	Apporter des réponses adaptées à des besoins spécifiques à certaines populations
FICHE N°1.4.1	Développement de la gérontopsychiatrie - Extériorisation de l'hôpital de jour Jeanne Jugan, site de Dinan

I – DESCRIPTION DU PROJET

L'hôpital de jour est un lieu de soins et d'évaluation de l'autonomie psychique et physique. Il permet d'éviter les hospitalisations temps plein, de diminuer les durées moyennes de séjour, d'assurer le maintien à domicile ou en domiciles de substitution de patients présentant des pathologies chroniques.

Il occupe une place privilégiée, à mi-chemin entre l'hôpital et l'hospitalisation à domicile, concourant au maintien de la personne âgée dans son environnement naturel. Il a un double but préventif et curatif.

Il s'agit aussi d'amener les familles à participer à la démarche de soins et de collaborer étroitement avec le médecin traitant, pivot du soin et avec les intervenants au domicile ou au domicile de substitution.

Actuellement dans l'enceinte hospitalière, l'hôpital de jour Jeanne Jugan doit être repositionné à l'extérieur.

II – CALENDRIER

2004 - 2005

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

Il s'agit essentiellement d'un transfert d'une structure existante. Néanmoins, il faut prévoir des moyens supplémentaires, issus de redéploiements au sein du budget de l'établissement, liés à la location du bâtiment et aux charges afférentes.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Transfert effectif de l'hôpital de jour
- Suivi de la file active.

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.4	Apporter des réponses adaptées à des besoins spécifiques à certaines populations
FICHE N°1.4.2	Développement de la gérontopsychiatrie - Mise en place d'une consultation spécialisée à Dinan

I – DESCRIPTION DU PROJET

La géronto-psychiatrie s'articulera autour de soins dans l'unité temps plein, une consultation de géronto-psychiatrie et l'hôpital de jour.

La consultation aura lieu à la fois sur les lieux de soins ou d'hébergement des personnes âgées et dans les lieux de consultation du secteur de Dinan.

Cette consultation spécialisée consistera en :

- ↳ une évaluation des capacités et de l'état émotionnel des patients (bilan psychique),
- ↳ La définition d'une orientation et d'un plan de soins personnalisés.

II – CALENDRIER

- ➔ Mise en place en 2004.

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Mise en place avec le personnel actuel du secteur 22G06.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de consultations spécialisées,
- Origine géographique des personnes âgées,
- Types d'orientations,
- Pourcentage d'orientations trouvées,
- Délai d'obtention d'un lieu d'accueil.

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°1.4	Apporter des réponses adaptées à des besoins spécifiques à certaines populations
FICHE N°1.4.3	Création d'un hôpital de jour en addictologie à Dinan

I – DESCRIPTION DU PROJET

- Le projet consiste à créer un hôpital de jour à DINAN en association avec le C.H.G. de Saint-Malo :
 - ↳ constitué de 10 places réparties sur 2 sites, DINAN et SAINT-MALO, gérées par une équipe unique,
 - ↳ s'adressant à une population fragile, alcoolo-dépendante, pour qui l'abstinence reste aléatoire et connaissant des difficultés de maintien du lien social.
- Ce projet devra s'inscrire dans le cadre du dispositif partenarial de prise en charge de l'addictologie développé sur Dinan avec le CHG René Pleven qui consiste, pour le CH Saint-Jean de Dieu en :
 - ↳ la participation à l'alcoologie de liaison par la mise à disposition de temps infirmier,
 - ↳ la participation aux activités du futur C.C.A.A.

II – CALENDRIER

- 2006 : création de l'hôpital de jour

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

Pour les activités du CCAA, la participation du CH Saint-Jean-de-Dieu est évoquée à hauteur de :

- 0,10 ETP infirmier
- temps secrétariat,
- temps médical.

Ces moyens redéployés seront à mettre à disposition en lien avec l'unité d'alcoologie.

Pour l'hôpital de jour, il est nécessaire de prévoir en création :

- 0,25 ETP de médecin alcoologue,
- 0,25 ETP psychiatre,
- 2,00 ETP infirmier
- 0,25 ETP aide soignante,
- 0,25 ETP secrétariat.

Une location de locaux est envisagée.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Action	Groupe	2003		2004		2005		2006		2007		Montants		Total Général
		COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	
Création hôpital de jour Alcoologie	Groupe 1	-	-	-	-	-	-	126 841	42 197	-	-	126 841	42 197	169 038
	Groupe 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Groupe 3	-	-	-	-	-	-	54 074	-	-	-	54 074	-	54 074
	Groupe 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total		-	-	-	-	-	-	180 915	42 197	-	-	180 915	42 197	223 112

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- File active
- Nombre de journées en hôpital de jour réalisées sur chaque site
- Nombre d'actes réalisés dans les services du CH René Pleven,
- Signature de la convention avec le CH de Saint-Malo,
- Suivi du devenir des patients à 6 mois et à 1 an après la sortie.

Récapitulatif Objectif 1 : Adapter le dispositif de prise en charge à l'évolution des besoins

Actions	2003		2004		2005		2006		2007		Montants		Total Général	
	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD		
Hospitalisation Complète St Brieuc astreintes médicales	133 505	2 815 024	110 970	-	-	-	-	-	-	-	-	244 475	2 815 024	3 059 499
Unité d'hospitalisation pour les enfants et les adoslescents à St Brieuc	28 082	-	312 679	-	686 764	-	-	-	-	-	-	1 027 525	-	1 027 525
Création hôpital de jour Alcoologie	-	-	-	-	-	-	180 915	42 197	-	-	-	180 915	42 197	223 112
TOTAL OBJECTIF 1	161 587	2 815 024	423 649	-	686 764	-	180 915	42 197	-	-	-	1 452 915	2 857 221	4 310 136

OBJECTIF N°2

DEVELOPPER LES COMPLEMENTARITES ET COOPERATIONS AVEC LE DISPOSITIF SANITAIRE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL

A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE

Le CH Saint-Jean de Dieu a largement développé les complémentarités et les actions de coopération avec les partenaires extérieurs (établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales, éducation nationale, université, police, justice...).

Un certain nombre de conventions de partenariat ont d'ores et déjà été signées.

Toutefois, les demandes d'intervention exprimées par le secteur sanitaire, social, médico-social vis-à-vis de la psychiatrie sont en constante augmentation (interventions auprès des patients, des personnels...). La réponse apportée aujourd'hui dépend souvent des relations individuelles entre professionnels de la psychiatrie intervenant sur le secteur et professionnels des institutions partenaires. Il s'agit, dès lors, de formaliser toutes les coopérations par des conventions systématiques, à la fois avec les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux.

Trois domaines font l'objet de demandes de coopération très fortes :

- la prise en charge des urgences,
- la géro-psycho-geriatrie,
- l'addictologie.

En ce qui concerne les urgences, une Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) a été expérimentée à Dinan en collaboration avec l'UPATOU. Son objectif est d'accueillir toutes les demandes d'admission en urgence selon un protocole d'admission. Ce projet n'est pas, à ce jour, suffisamment abouti pour faire l'objet d'une fiche action. En revanche, lorsque ses modalités de fonctionnement seront précisées, un avenant au contrat sera proposé.

B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS

Ainsi, les trois objectifs opérationnels suivants ont été retenus :

Objectif 2 – 1 : Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques et développer la psychiatrie de liaison sur le site de St Brieuc

Objectif 2 – 2 : Assurer un soutien aux structures médico sociales pour personnes âgées

Objectif 2 – 3 : Participer à la création d'un réseau d'addictologie sur Saint-Brieuc

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2 : Développer les complémentarités et coopérations avec le dispositif sanitaire, médico-social et social	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°2.1	Améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques et développer la psychiatrie de liaison sur le site de Saint-Brieuc.
FICHE N°2.1.1	

I – DESCRIPTION DU PROJET

Compte tenu de la réorganisation des soins psychiatriques à St Brieuc avec l'ouverture de lits d'hospitalisation temps plein à 800 mètres du CH Yves Le Foll, il convient de mettre en place une seule structure d'accueil psychiatrique pour la ville de St Brieuc : le SPAL (Service Psychiatrique d'Accueil et de Liaison), situé dans les locaux du CH Yves Le Foll.

Les objectifs poursuivis par ce service seront de :

- travailler en ligne directe avec l'hôpital St Benoît Menni,
- assurer la psychiatrie de liaison, tant aux urgences qu'auprès des services somatiques d'aval,
- mettre ses moyens en personnel et en lits au service d'une politique globale d'accueil de population qui consulte sans rendez-vous (soins et orientation),
- assurer le lien avec les autres structures de soins psychiatriques du bassin desservi par les urgences d'Yves Le Foll, qu'elles soient privées (cliniques de la Cerisaie et du Val Josselin) ou publiques (CH de Bégard principalement).

Un intérêt particulier sera porté aux conduites suicidaires.

Un protocole précisera les possibilités d'admission dans les lits de psychiatrie (indications médicales, responsabilités administratives), notamment pour les nuits et les jours fériés.

Une convention est signée avec le CH de Saint-Brieuc, ainsi qu'un protocole d'accord entre le SPAL et le SAU.

II – CALENDRIER

➔ Septembre 2003

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ utilisation des huit lits spécifiquement psychiatriques, où les admissions se feront 7 jours sur 7 et 24h sur 24,
- ➔ présence préférentielle dans l'unité d'hospitalisation de courte durée,
- ➔ disponibilité d'une équipe pluridisciplinaire unique comprenant des psychiatres collaborant avec les psychiatres libéraux vacataires, secrétaire, psychologue, équipe infirmière, ASH.
- ➔ collaboration avec le service social attaché aux urgences médicochirurgicales,
- ➔ politique concertée dans le cadre d'une Fédération de secteurs, dont le Conseil sera ouvert à une représentation des partenaires (CME d'Y. Le Foll¹, praticiens de Bégard, des cliniques, libéraux...)

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de patients vus aux urgences,
- Nombre de patients hospitalisés en psychiatrie après passage aux urgences,
- Nombre de suicidants sortis sans examen psychiatrique aux urgences,
- Taux d'occupation de l'unité, DMS, nombre d'entrées,
- Nombre d'actes réalisés en unité somatique,
- Délai de réponse aux demandes.

¹ de la même façon les médecins responsables de la Fédération et de l'Unité SPAL sont invités autant que nécessaire à la CME et dans les instances du CH Yves le Foll

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2 : Développer les complémentarités et coopérations avec le dispositif sanitaire, médico-social et social	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°2.2	Assurer un soutien aux structures médico-sociales pour personnes âgées
FICHE N°2.2.1	

I – DESCRIPTION DU PROJET

Les soins géronto-psychiatriques ont deux caractéristiques essentielles et spécifiques :

- ♦ l'articulation du psychique et du somatique du patient grâce à un abord pluridisciplinaire : associant psychiatres, gériatres, infirmiers de secteur et de soins généraux et thérapeutes spécialisés (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens),
- ♦ le rôle de l'environnement dans l'évolution des troubles du patient.

Les objectifs de la prise en charge sont avant tout de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées présentant des troubles psycho-comportementaux.

Le projet est de travailler avec les structures médico-sociales de secteur et de formaliser des conventions avec chacune d'entre-elles sur la base de la charte adoptée par le Conseil Régional de Santé Mentale en 2003.

II – CALENDRIER

- ➔ Durée du COM 2003 – 2007.

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Moyens des équipes des secteurs qui participeront à la mise en œuvre des conventions.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de consultations dans les établissements,
- Nombre de conventions formalisées.
- Nombre de conventions restant à passer.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2 : Développer les complémentarités et coopérations avec le dispositif sanitaire, médico-social et social	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°2.3	Participer à la création d'un réseau d'addictologie sur Saint-Brieuc
FICHE N°2.3.1	

I – DESCRIPTION DU PROJET

Sur Saint-Brieuc (22G05), l'objectif est de renforcer l'offre de soins en matière d'alcoologie et de toxicomanie (addictions).

Il s'agit de mettre en place un réel partenariat avec les structures engagées dans l'élaboration d'un réseau visant à :

- préciser les missions et les moyens de chacun ;
- établir des conventions adaptées aux besoins des patients, notamment avec l'unité d'alcoologie du CH Y. Le Foll, le CCAA et le CHS de Plouguernevel.

II – CALENDRIER

2003 / 2004

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

L'établissement s'engage à participer à la réflexion et à intégrer le réseau selon les modalités qui seront décidées en commun

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Participation à la réflexion sur la création du réseau.
- Date de création du réseau.

OBJECTIF N°3

RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE

A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE

Le projet médical, le projet de soins infirmiers, le projet d'établissement et la démarche d'amélioration de la qualité mettent un accent particulier sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans ce cadre, il est nécessaire de renforcer la continuité des soins des personnes hospitalisées sans leur consentement des secteurs 22G04 et 22G05 par un rapprochement géographique des lieux de soins à Saint-Brieuc.

Il est également prévu d'humaniser les locaux dinannais de prise en charge des psychoses chroniques des 3 secteurs et d'assurer un fonctionnement intersectoriel de cette unité.

Un rapport sur la pharmacie a mis l'accent sur la nécessité d'en améliorer le fonctionnement.

Cette recherche passe aussi par la mise en œuvre de procédures d'évaluation et de démarche qualité, par l'adaptation constante des compétences professionnelles du personnel grâce à une formation initiale et continue adaptée prévue dans le cadre du projet social.

Enfin, l'objectif principal de réorganisation du DIM est de disposer d'un outil statistique fiable par type d'activité en veillant au respect des exigences d'exhaustivité, de qualité et de confidentialité de l'information recueillie.

L'amélioration de la cohérence des données fournies permettra une meilleure connaissance des moyens à mettre en œuvre selon ce type d'activité afin de favoriser la qualité des prises en charge et l'optimisation de l'offre de soins (par exemple meilleure répartition du personnel).

B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS

Cet objectif stratégique se décompose en 5 objectifs opérationnels :

Objectif 3 – 1 : Améliorer l'accueil des personnes hospitalisées sans consentement

- *Transfert d'une unité pour personnes hospitalisées sans consentement à Saint-Brieuc*

Objectif 3 – 2 : Améliorer l'accueil des psychotiques chroniques dans le cadre d'une unité intersectorielle

- *Humanisation de l'unité pour les psychoses chroniques (unité Emmanuel) à Dinan.*

Objectif 3 – 3 : Améliorer l'organisation et le fonctionnement de la pharmacie

Objectif 3 – 4 : Engager l'établissement dans une démarche qualité vers l'accréditation

Objectif 3 – 5 : Réorganiser le DIM

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3 : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°3.1	Améliorer l'accueil des personnes hospitalisées sans consentement
FICHE N° 3.1.1	Transfert d'une unité pour personnes hospitalisées sans consentement à Saint-Brieuc.

I – DESCRIPTION DU PROJET

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge sur le même site des patients des secteurs 22G04 et 22G05 quel que soit leur mode d'hospitalisation, il convient de transférer l'unité Notre Dame, accueillant les personnes hospitalisées sans consentement actuellement à Dinan, vers le site du centre de soins St Benoît Menni à Saint-Brieuc. Cette unité sera dotée de 25 lits.

II – CALENDRIER

➔ 2006 / 2007

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Construction d'un bâtiment,
- ➔ Les moyens infirmiers, aide-soignants – ASH, actuellement disponibles sur le site Notre-Dame, devront être transférés et renforcés compte tenu de l'alourdissement des prises en charge. Par ailleurs, à la suite d'une réflexion interne sur les effectifs et les qualifications dans les unités temps pleins, les qualifications devront évoluer dans le sens d'une redistribution infirmiers/ AMP au profit des AMP.

Les effectifs actuellement disponibles sur Notre-Dame sont :

- ⌘ 1 médecin psychiatre (ETP)
- ⌘ 1 cadre infirmier (ETP),
- ⌘ 10 infirmiers dont 3,5 de nuit (ETP),
- ⌘ 6 ASH (ETP),
- ⌘ 0,10 secrétaire médicale (ETP),
- ⌘ 1 AMP (ETP).

Il sera nécessaire d'ajouter 0,2 assistante sociale (ETP), 0,2 psychologue (ETP) et 2 AMP (ETP). Ces postes seront redéployés à partir de l'effectif des autres unités des secteurs 22G04 et 22G05.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Action	Groupe	2 003		2 004		2 005		2 006		2 007		Montants		Total Général
		COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	
Unité patients hospitalisés sans consentement	Groupe 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	768 959	-	768 959	768 959
	Groupe 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48 593	-	48 593	48 593
	Groupe 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	157 694	-	157 694	157 694
	Groupe 4	-	-	-	-	-	-	42 707	-	105 447	-	148 154	-	148 154
Total		-	-	-	-	-	-	42 707	-	105 447	975 246	148 154	975 246	1 123 400

V – INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateur opérationnel :

- ouverture de l'unité à St Brieuc

Indicateur de suivi :

- Nombre de journées, nombre d'admissions, taux d'occupation, DMS

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3 : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°3.2	Améliorer l'accueil des psychotiques chroniques dans le cadre d'une unité intersectorielle
FICHE N° 3.2.1	Humanisation de l'unité pour les psychoses chroniques (unité Emmanuel) à Dinan.

I – DESCRIPTION DU PROJET

Jusqu'au 7 septembre 2003, l'unité Emmanuel était installée dans des locaux vétustes et totalement inadaptés (service Arvor).

Ses futurs locaux étaient utilisés par l'unité d'accueil – admission de 25 lits du secteur 22G05. Des travaux d'adaptation, d'extension et d'humanisation ont donc été nécessaires.

Cette unité d'hospitalisation Emmanuel (au CH SJD à Dinan) disposera de 40 lits d'hospitalisation complète (avec la possibilité d'un accueil à temps partiel).

Les missions liées à cette prise en charge sont l'accueil et la prise en charge à moyen et long terme de patients psychotiques, en vue d'une réinsertion (FOA, FDT, MAS, maison de retraite, retour domicile, famille d'accueil, ...).

La prise en charge des psychoses chroniques sera organisée dans le cadre d'une unité d'hospitalisation intersectorielle disposant d'un projet médical spécifique.

II – CALENDRIER

- ➔ Ouverture le 1^{er} octobre 2003

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ 2002 / 2003 : Extension de l'unité par aménagement d'une aile complémentaire (grâce à un don de 288.000 €).
- ➔ 2003 : travaux d'adaptation pour 15.000 €
- ➔ Transfert du personnel de l'ex unité Arvor vers l'unité Emmanuel.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D’EVALUATION

Indicateur opérationnels :

- Ouverture de l’unité,
- Existence d’un projet médical.

Indicateur de suivi :

- Nombre d’entrées, nombre de journées, taux d’occupation, DMS
- Nombre d’orientations annuelles abouties/ nombre d’orientations proposées

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3 : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°3.3	Améliorer l'organisation et le fonctionnement de la pharmacie
FICHE N° 3.3.1	

I – DESCRIPTION DU PROJET

Faisant suite à la visite d'inspection de la pharmacie à usage intérieur, visite réalisée par la DRASS (Inspection Régionale de la Pharmacie) les 26 et 27 juin 2003, et dans le cadre de la démarche qualité globale engagée par l'établissement, le CHSJD a mis en œuvre une démarche de mise en conformité de sa pharmacie selon deux axes :

1. Mise en conformité réglementaire :

- mise en conformité selon les règles de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière
 - formalisation de procédures et protocoles relatives au circuit du médicament et des retraits de lots
 - mise en place du Comité du Médicament
 - création des dotations dans les services pour répondre aux besoins urgents
 - mise en place de la pharmaco-vigilance et de la matéro-vigilance
- mise en conformité des locaux de la pharmacie à usage intérieur (PUI)

2. Modification de l'organisation de la PUI dans le cadre de l'ouverture du Centre de Soins Saint-Benoît Menni sur Saint-Brieuc

Au delà de la mise en conformité des organisations, des travaux importants sont mis en œuvre :

- Sur Dinan : adaptation des locaux de la pharmacie principale
- Sur St Brieuc : travaux supplémentaires pour l'antenne de la pharmacie au sein du bâtiment de pédo psychiatrie.

La bipolarisation de l'activité entraînera l'obligation de créer un mi-temps de pharmacien pour le site de St Brieuc.

Une nouvelle inspection au cours du premier trimestre 2004 permettra d'évaluer le niveau de mise en conformité et l'avancement des dispositions prises.

II – CALENDRIER

2003 – 1^{er} semestre 2004

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

Des groupes de travail interne ont démarré l'analyse des processus et entamé la réforme des pratiques attendues.

Les devis sur les travaux ont été demandés.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Il n'est pas demandé de moyens supplémentaires pour cette action au titre du présent COM.

Le CHSJD financera l'ensemble de l'action :

- des travaux de remise en conformité des locaux sur Dinan (23.000 €)
- de l'aménagement des locaux dans le bâtiment principalement dédié à la future unité de pédopsychiatrie de St Brieuc (35.000 €)
- 0,5 ETP de pharmacien (soit 35.000 €)

Ces travaux seront financés sur le budget hospitalier.

S'agissant du poste de pharmacien, le mi-temps complémentaire permettra à l'établissement de se doter à nouveau d'un ETP comme cela était le cas avant l'an 2000.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Rapport d'inspection de la DRASS premier trimestre 2004
- Planning des travaux sur Dinan et St Brieuc
- Intégration des procédures et protocoles de la pharmacie dans le Système Qualité de l'établissement
- Mise en place de l'instance : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux (nombre de réunions et compte rendus).
- Evaluation du fonctionnement de la pharmacie à usage interne selon le guide des bonnes pratiques dans le cadre d'une mise en assurance qualité

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3 : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°3.4	Engager l'établissement dans une démarche qualité vers l'accréditation
FICHE N° 3.4.1	Engager l'établissement vers l'accréditation

I – DESCRIPTION DU PROJET

L'approche est basée sur la préparation de l'établissement à la mise en œuvre d'une démarche qualité qui satisferait les exigences de la procédure d'accréditation que l'établissement a sollicité en avril 2001. La visite des experts de l'ANAES est programmée pour janvier 2005.

En tout état de cause, la démarche qualité va au-delà de la démarche d'accréditation et vise à définir de nouveaux modes d'organisation dans l'établissement. Mais c'est dans la durée et avec la participation de tous qu'elle se construit.

La réussite du projet nécessite d'atteindre les objectifs suivants :

- Aider l'établissement à répondre aux obligations réglementaires (sécurité, mesure de la satisfaction, conciliation, identification des situations de non qualité) ainsi qu' aux exigences définies dans le Manuel d'accréditation.
- Développer une culture d'évaluation.
- Renforcer la vigilance des professionnels et les mobiliser autour d'un objectif commun : l'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques.
- Pérenniser la démarche par une appropriation des concepts par les professionnels.

Les différentes phases du projet :

PHASE 1 : SENSIBILISATION ET FORMATION DES PERSONNELS A LA DEMARCHE QUALITE (2001-2003)

PHASE 2 : DEFINITION DE LA POLITIQUE QUALITE (fin 2001)

PHASE 3 : MISE EN PLACE DES INSTANCES ET IDENTIFICATION DES ACTEURS PERMANENTS DE LA DEMARCHE QUALITE

- **Mise en place d'une cellule Qualité, (octobre 2001)** composée de :
 - un Comité décisionnel
 - un Comité opérationnel ,
- **Identification des Correspondants Qualités, (décembre 2002),**
- **Mise en place d'une cellule de Gestion des Risques, (novembre 2003) :**

PHASE 4 : MISE EN PLACE DE LA GESTION DOCUMENTAIRE (DEBUT 2002)

Définir les règles de formalisation et de gestion des documents qualité et les faire appliquer à tous les niveaux de l'établissement .

PHASE 5 : DEFINITION DU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE SUR LES 3 ANNEES A VENIR (DEBUT 2002)

A partir d'un « diagnostic qualité », planifier et hiérarchiser les actions à mener dans le temps et estimer le coût de chacune des actions à mettre en œuvre.

PHASE 6 : MISE EN PLACE DES GROUPES D'AMELIORATION DE LA QUALITE (GAQ) (DEBUT 2002)

Mise en place de groupes transversaux pluri-disciplinaires ad-hoc, composés de personnes volontaires, chargés de travailler à l'atteinte d'un objectif qualité en particulier.

PHASE 7 : MISE EN PLACE DE LA GESTION DES RISQUES (2003)

Démarche centrée sur le management des risques visant à mettre à disposition des équipes un système permettant d'identifier, évaluer, comprendre et réduire chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients, les visiteurs et les professionnels des établissements.

PHASE 8 : AUTO-EVALUATION ANAES ET PREPARATION A L'ACCREDITATION (FIN 2003- 2004)

Cette phase consistera à la réalisation en interne de l'autoévaluation en vue de préparer la visite de l'ANAES.

- Formation d'animateurs potentiels de Groupes d'Auto-évaluation (GAE)
- Réalisation d'une Auto-évaluation « réduite » à blanc sur 4 référentiels du Manuel de l'ANAES
- Définition des modalités pratiques d'organisation de l'auto-évaluation :
 - Création d'un comité de pilotage
 - Validation des principes méthodologiques et stratégiques
 - Définition d'un calendrier
 - Identification des animateurs des futurs Groupes d'Auto-Evaluation
- Campagne d'information auprès des équipes
- Remplir et envoyer à l'ANAES l'annexe 2 de l'arrêté du 3 Janvier 2001
- Appels à candidature pour les GAE
- Réalisation de l'auto-évaluation et préparation à la visite ANAES

PHASE 9 : MISE EN PLACE DES AUDITS INTERNES (2005)

Disposer d'un système permettant d'évaluer la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité :

- Modalités d'organisation des audits internes : procédure d'audit, plans d'audit
- Disposer d'auditeurs internes qualifiés

II – CALENDRIER

- ➔ 2001-2005 : Mise en place du système qualité
- ➔ 2004 : Auto évaluation ANAES
- ➔ 2005 : Visite d'accréditation

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ 1 responsable qualité TP,
- ➔ 1 secrétaire , 0,75 ETP
- ➔ Groupes de travail interprofessionnels
- ➔ Formations des membres de la cellule qualité
- ➔ Acquisition de logiciels qualité (gestion documentaire- gestion des risques- indicateurs qualité- gestion de l'auto-évaluation ANAES)

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs de suivi :

Accréditation

- nombre de réunions dans le cadre de l'autoévaluation ANAES
- respect des échéances du calendrier d'autoévaluation
- résultat de l'accréditation

Programme d'amélioration de la Qualité

- nombre de personnes ayant participé à des formations sur le sujet de la Qualité
- nombre de personnes impliquées dans les Groupes d'Amélioration de la Qualité ou dans des instances et Groupes Projet Qualité
- nombre de Groupes d'Amélioration de la Qualité mis en place
- nombre d'actions définies dans le Programme d'Amélioration de la Qualité abouties

Gestion documentaire

- nombre de documents Qualité créés, diffusés selon la procédure de gestion documentaire

Gestion des risques

- nombre de personnels formés à la gestion des risques
- nombre de fiches d'évènements indésirables parvenues au service Qualité (par service / par fonction)
- nombre d'actions d'amélioration mises en oeuvre suite à des déclarations d'évènements indésirables.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3 : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	
OBJECTIF OPERATIONNEL N°3.5	Réorganiser le DIM
FICHE N° 3.5.1	

I – DESCRIPTION DU PROJET

L'activité du D.I.M., orientée vers l'amélioration de la qualité des soins donnés aux malades est de nature médicale.

Elle comporte cinq volets indissociables :

- ◆ Le Département est une structure transversale, en réseau, visant à organiser le recueil, la circulation et le traitement des informations issues du fonctionnement des services médicaux et médico-techniques.
- ◆ Le Département est une interface médico-administrative. Il est appelé à transmettre des données à l'administration de l'établissement et par son intermédiaire aux partenaires extérieurs (tutelle, assurance maladie).
- ◆ Le Département est prestataire de service pour la mise au point et l'expérimentation du dossier de soins informatisé (dossier médical, infirmier et social) ;
- ◆ Le Département participe à la conception du schéma directeur de l'information de l'établissement.;
- ◆ Le Département propose les actions de formation des personnels de nature à garantir la qualité du système de recueil des informations médicales.

Les projets sont de :

- ➔ **Formaliser un règlement intérieur,**
- ➔ **Préciser des objectifs** : l'objectif général est de disposer d'un outil statistique fiable par type d'activité (tableaux de bord,...), d'où la nécessité de mettre en place des procédures (recueil, validation, retour des données...);
- ➔ **Définir la composition, le fonctionnement, et les compétences du DIM**
- ➔ **Expliciter la gestion des données** : les points suivants seront à clarifier :
 - ↻ Qui assure le recueil et la saisie et quel est le rôle du DIM ?
 - ↻ Qui assure le traitement des données ?
 - ↻ Comment s'organise la restitution des données aux services ou aux unités ?
 - ↻ Les services et unités peuvent-ils demander tout travail prospectif ou rétrospectif sur les données fournies ? Selon quelles modalités ?
 - ↻ Comment sont organisés le contrôle et le suivi de qualité ?

II – CALENDRIER

- ➔ Réalisation du règlement intérieur en 2003.

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Recrutement d'un technicien par redéploiement

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

Indicateurs opérationnels_:

- élaboration d'un règlement intérieur,
- proposer un calendrier de réorganisation du DIM,
- évaluer les ressources nécessaires à l'exécution de sa mission.

Indicateurs de suivi :

- procédure de validation des données / % de données non valides
- procédure de retour des données vers les secteurs / délai de retour,
- fourniture de tableaux de bord en routine.

Récapitulatif Objectif 3 : renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge

Action	2003		2004		2005		2006		2007		Montants		Total général
	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	
unité patients hospitalisés sans consentement	-	-	-	-	-	-	42 707	-	105 447	975 246	148 154	975 246	1 123 400

OBJECTIF N°4

METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL

A - ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUE

Depuis 5 ans, l'établissement s'est engagé dans un recentrage important sur sa mission originelle et entend le poursuivre les 5 prochaines années.

Le premier projet d'établissement 1995 – 1999 s'est traduit notamment par :

- La résolution des inadéquations psychiatriques
- La rénovation du pôle accueil à Léhon.

Ces 2 projets majeurs ont permis, via les redéploiements effectués :

- de redoter les services de psychiatrie en effectifs qualifiés,
- d'améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement des patients
- d'améliorer les conditions de travail des professionnels de l'établissement.

Pour les 5 années à venir, le projet d'établissement a défini d'importants projets de restructuration :

- Un renforcement significatif de sa présence sur le pôle briochin,
- Le développement des coopérations avec les centres hospitaliers de secteur et les réseaux de soins et les structures médico-sociales
- La réorganisation des services d'hospitalisation restant implantés à Léhon
- La poursuite du développement de structures de prise en charge alternatives à l'hospitalisation.

Le projet social trouve ses fondements dans ce contexte.

La réalisation du projet médical est d'autant plus liée à la politique de gestion des ressources humaines que :

- L'évolution des modes de prise en charge entraîne une modification de la répartition des qualifications au sein de l'établissement,
- L'analyse de la pyramide des âges des professionnels aujourd'hui présents dans l'établissement montre que des départs massifs à la retraite doivent être anticipés dans les années à venir.

Le projet social doit prévenir les difficultés prévisibles en matière de redéploiement de ressources humaines et d'évolution des compétences.

B - OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIONS

Cet objectif stratégique se décompose en 5 objectifs opérationnels :

- ➔ **Développer et organiser la mobilité professionnelle**
- ➔ **Poursuivre la politique de formation**
- ➔ **Améliorer les conditions de travail et contenir l'absentéisme**
- ➔ **Mettre en place un dispositif d'évaluation individuelle**
- ➔ **Mieux répartir les ressources en fonction de la charge de travail**

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 4 : METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL	
FICHE N° 4.1	Développer et organiser la mobilité professionnelle

I – DESCRIPTION DU PROJET

La mobilité se définit comme un changement de poste au sein du centre hospitalier, avec ou sans évolution professionnelle, avec ou sans changement de métier, avec ou sans changement de niveau de responsabilité.

Le changement de poste peut s'accompagner ou non d'un changement géographique.

Il apparaît que, depuis 1998, la mobilité a été importante au sein de l'établissement, mais :

- ➔ a été conduite essentiellement hors appels à candidature (ils ont concerné à peine 1 poste sur 2).
- ➔ résulte essentiellement de la réorganisation des services d'hospitalisation complète, ce qui traduit une mobilité davantage « subie » que souhaitée.
- ➔ concerne principalement le personnel soignant.
- ➔ se fait dans le même métier.

Il s'agit de développer et d'organiser la mobilité professionnelle qui constitue un enjeu important pour les professionnels et pour le centre hospitalier.

- ➔ pour les professionnels, la mobilité constitue un moyen d'enrichir leur expérience, de changer d'environnement de travail et donc de favoriser leur évolution professionnelle
- ➔ pour le centre hospitalier, la mobilité de ses agents lui assure de disposer de professionnels aux compétences plus grandes et une souplesse dans la gestion des postes disponibles.

C'est pourquoi il est proposé

- ➔ d'instaurer davantage d'équité dans la mobilité imposée
- ➔ d'encourager la mobilité, notamment pour lutter contre l'usure professionnelle
- ➔ de définir une procédure de gestion de la mobilité, incluant la transparence sur les postes à pourvoir et une meilleure communication des réponses à apporter aux demandes individuelles
- ➔ de mettre en place un dispositif d'échanges entre les services dans le cadre, par exemple, d'une journée « portes ouvertes » réservée aux professionnels de l'établissement

II – CALENDRIER

2006

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- Mise en place de groupes de travail.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Indicateurs opérationnels :

- Mise en place d'un dispositif d'échange (exemple d'une journée « portes ouvertes »),
- Existence d'une procédure de mobilité,
- Communication dans l'établissement

- Indicateurs de suivi :

- Nombre de demandes de changements de service.
- Nombre de mutations internes

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 4 : METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL	
FICHE N° 4.2	Poursuivre la politique de formation

I – DESCRIPTION DU PROJET

Il existe un plan de formation et une procédure de recueil des besoins. Cependant, la mise en oeuvre du plan de formation est encore insatisfaisante (formation « forcée » sur les thèmes prioritaires, décalages entre les activités quotidiennes d'un service et les projets du service) et des besoins de formation ne sont pas satisfaits aujourd'hui (très peu de demandes des AS, ASH, peu de formations pour les cadres infirmiers, tendance à favoriser les services de soins au détriment des services administratifs et logistiques).

Depuis 1998, on observe que 43% des agents du centre hospitalier ont bénéficié d'une formation.

Les points à améliorer ou à maintenir sont

- ➔ la promotion professionnelle pour les AS et les ASH,
- ➔ la formation individuelle,
- ➔ l'évaluation des besoins,
- ➔ la communication sur les choix des axes prioritaires de formation,
- ➔ la mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation des formations.

II – CALENDRIER

- ➔ 2003 à 2007

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Mise en place d'un groupe de travail sur la formation
- ➔ Plan de formation

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

80 000 Euros sont délégués au titre du FMES. Ils permettront d'assurer les formations d'Aides Médico-psychologiques ou d'Aides-Soignants contribuant ainsi au développement de la promotion professionnelle des A.S.H.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de thèmes de formation proposés,
- Nombre de formations individuelles / nombre de demandes,
- Nombre de personnes formées,
- Taux de retour des questionnaires d'évaluation,
- Nombre de promotions professionnelles pour les AS et ASH.

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 4 : METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL	
FICHE N°4.3	Améliorer les conditions de travail et contenir l'absentéisme

I – DESCRIPTION DU PROJET

Dans le cadre de la rénovation, aménagement ou création de locaux, les professionnels concernés sont associés aux choix architecturaux et fonctionnels. Cependant, l'expérience de la 1ère tranche de travaux a montré que la procédure d'implication doit être améliorée, notamment lors du choix final des équipements et des aménagements.

Les professionnels soignants sont de plus en plus confrontés à la charge mentale de leur travail :

- ➔ aujourd'hui, il n'existe ni lieu ni temps prévu pour le personnel pour la prise en compte de cette charge psychique
- ➔ le personnel souhaite la mise en place de groupes de parole ou de supervisions
- ➔ une réponse partielle à cet enjeu est en train d'être apportée par le CHSCT, qui a choisi comme axe de travail 'la violence et le sentiment d'insécurité dans les structures de soins de l'établissement' dans le cadre du contrat d'améliorations des conditions de travail
- ➔ c'est pourquoi il est proposé de mettre en place des outils de prévention, de gestion de l'agressivité et de soutien psychologique.

En 2000 le taux d'absentéisme était de 4,78 % ; en 2001 : 5,98% ; en 2002 : 7,36%.

L'objectif est de contenir cet absentéisme afin d'éviter des répercussions sur les conditions de travail.

Pour cela il est nécessaire de :

- ➔ Optimiser les moyens en remplacement disponibles
- ➔ Améliorer les conditions de travail des services les plus touchés

II – CALENDRIER

- ➔ 2004 à 2007

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Formations sur les thèmes« violence, agressivité, sentiment d'insécurité »
- ➔ Groupes de travail
- ➔ Vacances de psychologues financées par le budget de l'établissement, pour le personnel concerné.

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D’EVALUATION

- Nombre d’agressions verbales ou physiques signalées
- Nombre de consultations auprès du psychologue
- Synthèse des questionnaires de recueil des besoins et de satisfaction sur les conditions de travail.
- Evolution du taux d’absentéisme

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 4 : METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL	
FICHE N°4.4	Poursuivre la mise en place du dispositif d'évaluation individuelle

I – DESCRIPTION DU PROJET

Les enjeux de la mise en place d'un dispositif d'évaluation individuelle sont très liés à ceux de la mobilité des professionnels. C'est pourquoi les objectifs proposés sont les suivants :

- ➔ Permettre à l'encadrement d'échanger avec les agents sur leurs points forts et leurs axes d'amélioration, de réaliser un point sur leur contribution aux objectifs du service et de recueillir leurs souhaits d'évolution,
- ➔ Permettre à chacun de connaître, à partir d'un dispositif transparent et commun, ses points forts et ses axes d'amélioration et de faire part de ses souhaits d'évolution,
- ➔ Disposer d'un élément de reconnaissance pour les agents,
- ➔ Pouvoir mesurer l'adaptation de chacun à son poste,
- ➔ Pouvoir gérer un dispositif de mobilité professionnelle,
- ➔ Pouvoir gérer un dispositif de déroulement de carrière,
- ➔ Pouvoir améliorer l'élaboration du plan de formation.

II – CALENDRIER

Début de la mise en place en 2002,

L'action se poursuivra tout au long de la durée du COM.

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Comité de pilotage du projet
- ➔ Consultant externe pour mettre en place le dispositif d'évaluation
- ➔ Formations de l'encadrement à l'entretien professionnel annuel

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Enquête de satisfaction auprès des personnels sur la procédure d'évaluation,
- Nombre de recours
- Nombre d'entretiens réalisés

OBJECTIF STRATEGIQUE N° 4 : METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL

FICHE N° 4.5

Mieux répartir les ressources par rapport à la charge de travail

I – DESCRIPTION DU PROJET

Le CH Saint-Jean-de-Dieu ne dispose d'aucun outil d'évaluation de la charge de travail et des ressources nécessaires. Les dotations en personnel des services ne sont ni régulièrement ni systématiquement réévaluées.

Il existe toutefois certaines règles de gestion des remplacements. Certains motifs d'absentéisme peuvent faire l'objet d'un remplacement : les congés maternité et les congés pour longue maladie, récemment certaines absences de représentants du personnel.

Les modes de réallocation ponctuelle d'effectifs entre les services sont les suivants :

- ➔ recours à l'équipe du service,
- ➔ entraide entre services,
- ➔ l'établissement ne dispose pas d'un pool de remplacement.

Les enjeux d'une politique de meilleure répartition des ressources en fonction de la charge de travail sont :

- Pour les professionnels :
 - ↳ un enjeu essentiellement en terme de conditions de travail car une telle politique doit permettre de limiter et d'anticiper les périodes de surcharge de travail,
- Pour le centre hospitalier :
 - ↳ une telle politique doit permettre d'optimiser l'utilisation des ressources humaines disponibles, enjeu d'autant plus fort que l'établissement est dans un contexte important de contraintes financières,
 - ↳ elle contribue également à améliorer la qualité des prestations en concourant au bon dimensionnement des équipes, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

La meilleure répartition des ressources en fonction de la charge de travail constitue également un enjeu fort en terme d'organisation et de système d'information pour le centre hospitalier. La mise en place d'une telle politique suppose en effet que les services aient la capacité :

- de suivre et prévoir leur activité, c'est-à-dire anticiper les périodes de surcharge de travail, mais également celles de sous charge de travail,
- agir sur leur activité, notamment par une organisation mieux définie,
- agir sur leurs ressources disponibles, notamment par une meilleure organisation des rythmes de travail.

Les objectifs proposés sont :

- Doter l'établissement d'un outil d'évaluation de la charge de travail,
- Définir une politique de répartition des ressources en fonction de la charge de travail pour :
 - permettre une meilleure répartition des effectifs entre les services
 - identifier les besoins de l'établissement en qualifications.

II – CALENDRIER

2005 - 2006

III – MOYENS MIS EN ŒUVRE

- ➔ Acquisition d'un outil d'évaluation de la charge de travail
- ➔ Groupes de travail

IV – MOYENS AFFECTES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION

Aucun accompagnement financier au titre du COM n'est prévu pour cette action.

V – INDICATEURS D'EVALUATION

- Acquisition d'un logiciel
- Formation du personnel
- Nombre de personnels réaffectés.

III - RECAPITULATIF COM 2003 - 2007

Objectifs	Actions	2 003		2 004		2 005		2 006		2 007		Montants		Total Général
		COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	COM	Part SJD	
1.ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE A L'EVOLUTION DES BESOINS	Hospitalisation Complète St Brieuc astreintes médicales	133 505	2 815 024	110 970	-	-	-	-	-	-	-	244 475	2 815 024	3 059 499
	Unité d'hospitalisation pour les enfants et les adolescents à St Brieuc	28 082	-	312 679	-	686 764	-	-	-	-	-	1 027 525	-	1 027 525
	Création hôpital de jour Alcoolologie	-	-	-	-	-	-	180 915	42 197	-	-	180 915	42 197	223 112
S/total objectif 1		161 587	2 815 024	423 649	-	686 764	-	180 915	42 197	-	-	1 452 915	2 857 221	4 310 136
2.DEVELOPPER LES COMPLEMENTARITES ET COOPERATIONS AVEC LE DISPOSITIF SANITAIRE,MEDICO SOCIAL ET SOCIAL		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S/total objectif 2		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE	Unité patients hospitalisés sans consentement	-	-	-	-	-	-	42 707	-	105 447	975 246	148 154	975 246	1 123 400
S/total objectif 3		-	-	-	-	-	-	42 707	-	105 447	975 246	148 154	975 246	1 123 400
4.METTRE EN ŒUVRE LE PROJET SOCIAL	Mettre en œuvre le projet social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S/total objectif 4		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		161 587	2 815 024	423 649	-	686 764	-	223 622	42 197	105 447	975 246	1 601 069	3 832 467	5 433 536