



PROJET DE SOINS

2013 - 2017

Table des matières

Avant-propos :	3
Politique de soins	4
Evaluation du précédent projet de soins	5
Méthodologie d'élaboration du projet de soins	6
Les orientations du projet de soins s'articulent autour de 4 axes principaux :	7
Axe n°1 : Améliorer la qualité du parcours de soins personnalisé du patient ou du résident	8
1-1 Améliorer la tenue dossier patient :	8
1-2 Poursuivre l'accompagnement des patients dans les problématiques somatiques et psychosomatiques :.....	9
1-3 Favoriser l'implication du patient en développant des actions d'éducation thérapeutique :....	10
1-4 Développer les actions et la traçabilité de l'information aux patients, aux familles et représentants légaux :.....	11
1-5 Définir des process liés aux parcours de soins, voire aux chemins cliniques spécifiques (trajectoires) (APP) :	13
1-6 Promouvoir la place de l'extrahospitalier dans le dispositif de soin, de l'entrée à la sortie	14
Axe n°2 : Harmoniser, structurer et sécuriser les dispositifs de soins et d'accompagnement mis en œuvre par ou pour les équipes	16
2-1 Développer les pratiques professionnelles autour de la prévention et de la gestion des risques :	16
2-2 Déterminer les objectifs liés au cadre thérapeutique :.....	17
2-3 Réévaluer les protocoles spécifiques	17
Axe n°3 : Identifier et renforcer les compétences des professionnels de santé	19
3-1 Elaborer et généraliser les profils de postes identifiant les compétences en lien avec les évolutions métiers :.....	20
3-2 Favoriser le développement des connaissances liées au parcours des professionnels (tous métiers) :	21
3-3 Favoriser le développement des compétences (nouveaux professionnels, mobilité...) :.....	21
3-4 Développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé (transferts d'actes) selon l'art 51 de la Loi HPST du 21/07/2009 :	22
Axe n°4 : Accompagner les cadres de santé dans le management clinique et l'organisation des soins :	23
4-1 Articuler le projet de management des cadres de santé à la politique de l'établissement.	23

PROJET DE SOINS 2013-2017

Avant-propos :

Au-delà de l'exigence qui inscrit le projet de soins dans un cadre réglementaire et calendaire, la construction d'une dynamique de référence pour l'ensemble des professionnels du service de soins de l'établissement demeure la première étape d'un objectif qu'il conviendra d'atteindre dans les 5 prochaines années.

Avec la volonté d'inscrire ce projet dans la mouvance législative et sociétale de la psychiatrie et des évolutions de l'enseignement et de la formation des métiers du soin, ses auteurs l'ont inscrit dans la continuité des projets de soins précédents, perpétuant ainsi une « culture institutionnelle » emprunte de concertation collective, de vision partagée et continue du soin.

Cette détermination de poursuivre la politique de soin permettant de centrer les professionnels sur leur « cœur de métier » et de conforter la dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques soignantes, a continuellement enrichi les échanges entre les professionnels des différentes filières de soins pour la construction de ce projet.

Confortant cette vision de culture partagée, Monsieur le Directeur Général et Monsieur le Président de la Commission médicale d'établissement ont souhaité associer les membres de la Commission des soins aux groupes de travail du Projet médical, facilitant ainsi une évolution vers la construction future d'un Projet global de prise en charge du patient/résident au sein de l'établissement.

Cette impulsion institutionnelle participative a conduit de nombreux professionnels des soins à contribuer à la construction du projet social et du projet qualité de l'établissement. Cette réalité a permis incontestablement de construire un projet de soins inscrit dans une réalité complexe, à l'instar de la réalité des missions dévolues quotidiennement aux professionnels du soin.

Que l'ensemble de ces professionnels, membres du comité de pilotage, élus de la commission des soins et professionnels ayant développé des expertises spécifiques soient chaleureusement remerciés pour leur active contribution à cet ambitieux projet.

Jean-Philippe LECAMUS

Coordonnateur Général des soins

Politique de soins

Ce projet de soins s'inscrit dans le cadre général de la politique de l'EPSM – Morbihan autour de 2 grandes orientations stratégiques :

- offrir aux usagers, des soins et des accompagnements de qualité centrés sur les besoins des consultants, des patients, des résidents et de leurs familles.
- mettre en œuvre des prises en charges spécifiques, complémentaires et coordonnées tout au long du parcours de soins et de vie.

Il repose sur :

A) **Une philosophie de soins** basée sur des valeurs professionnelles :

- **La bientraitance**, posture d'ajustement à un usager singulier à un moment donné et dans le respect des libertés individuelles et de la dignité du sujet citoyen. Selon l'ANESM (recommandations 2008), la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle s'enracine dans des questionnements éthiques qui habitent et traversent la pratique dans une recherche collective de sens. Elle s'inscrit dans le projet éthique qui est une tentative d'articuler le plus justement possible les situations les plus singulières avec les valeurs les plus partagées – valeurs de liberté, de justice, de solidarité, de respect de la dignité.

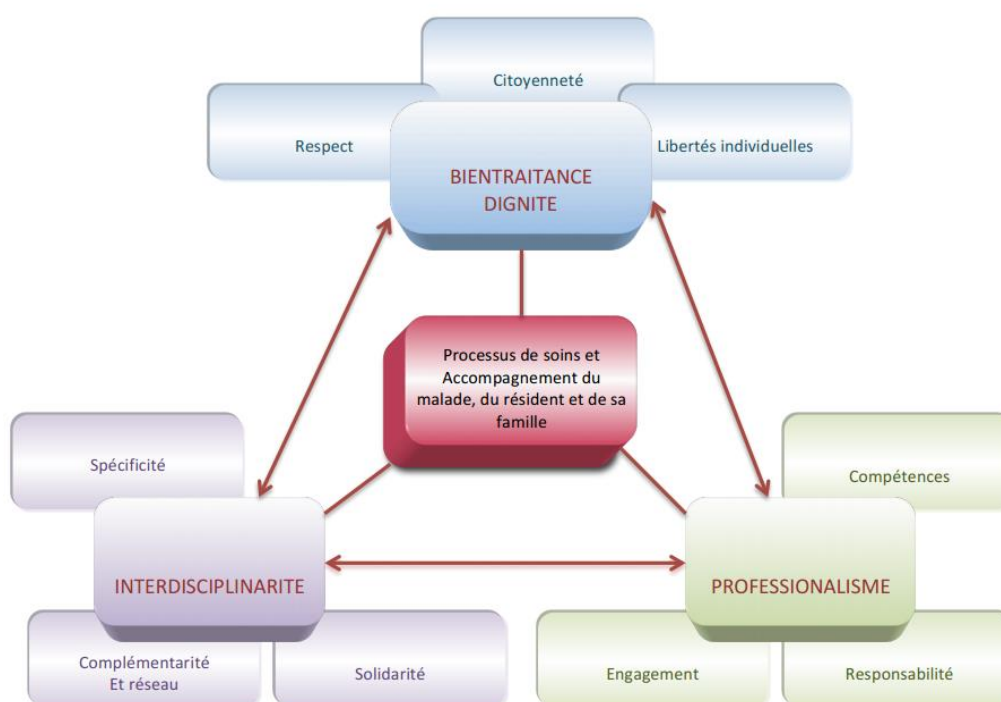
Les fondamentaux :

- une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité
- une manière d'être des professionnels au-delà une série d'actes
- une valorisation de l'expression des usagers
- un aller-retour permanent entre penser et agir
- une démarche continue d'adaptation à une situation donnée

- **Le professionnalisme** articulant compétences sans cesse actualisées, engagement et responsabilité.
- **L'interdisciplinarité** fondée sur des pratiques spécifiques, partagées tant au sein de l'établissement que dans la dynamique des réseaux associant les partenaires sociaux, médico-sociaux, libéraux...

B) **Une conception des soins** basée sur une approche globale du patient et/ou du résident et fondée sur les valeurs du Service Public Hospitalier dans le respect de la sécurité et de la qualité des prestations. Elle a pour visée de « prendre soin avec humanité et dignité » du sujet – citoyen en relation avec son environnement social et de contribuer à son mieux être.

Le soin est une dynamique de pensée et d'actions centrée sur un sujet en souffrance, unique et riche de ses particularités. Adapté à chaque situation sur la base d'un projet individualisé, il s'inscrit dans un processus continu, cohérent et coordonné d'interventions thérapeutiques, éducatives et sociales exigeant des professionnels responsabilité, engagement, connaissances et compétences cliniques et techniques.



Evaluation du précédent projet de soins

La première étape d'élaboration de ce projet a été initiée dès juin 2012 par la mise en œuvre de groupes de travail pilotés par l'encadrement supérieur et constitués de membres de la CSIRMT autour des principaux objectifs du projet de soins précédent, à savoir :

Objectif 1 : poursuivre la réflexion sur le sens du soin et sa mise en œuvre

- Suicide (priorité régionale)
- Troubles nutritionnels
- Conduites addictives (priorité régionale)
- Hygiène hospitalière

Objectif 2 : promouvoir le soin en santé mentale

- Tutorat des nouveaux professionnels
- Amélioration des savoirs et savoir-faire (médiateurs des soins...)
- Stages par comparaison
- Politique d'information et de formation/ aux nouveaux besoins
- Collaboration avec les instituts de formation

Objectif 3 : redéfinir les missions des cadres de santé

- Promouvoir les missions d'encadrement
- Développer les compétences en gestion

Les évaluations de ces groupes pluri professionnels ont ainsi permis d'identifier les points forts à conforter et les points nécessitant une amélioration ou une redéfinition des actions à poursuivre, de manière à répondre à la fois aux objectifs déterminés initialement mais également d'en définir de nouveaux.

Méthodologie d'élaboration du projet de soins

Le projet de soins 2013-2017, élaboré dans une dynamique participative, est en déclinaison du projet médical et en lien avec les autres projets composant le projet d'établissement, particulièrement le projet social et le projet qualité.

Il doit permettre de :

- Prioriser les projets et les actions des équipes soignantes quels que soient les parcours de soins des patients
- Poursuivre et renforcer les actions entreprises dans le cadre des précédents projets médicaux et projets de soins
- Renforcer et développer les compétences des équipes soignantes
- Optimiser les organisations de soins et leur évolution

Dans un premier temps, un comité de pilotage, regroupant le directeur des soins, les cadres supérieurs de santé et les membres du bureau de la CSIRMT, a été missionné pour définir les orientations prioritaires de ce projet et en déterminer les objectifs opérationnels.

Enfin, un comité de rédaction, issu du comité de pilotage, a proposé la formalisation de ce projet.

Les orientations du projet de soins s'articulent autour de 4 axes principaux :

- L'amélioration de la qualité des parcours de soins et d'accompagnement (dossier du patient/résident, soins somatiques, éducation thérapeutique, information des usagers, analyses des pratiques professionnelles, soins en ambulatoire)
- L'harmonisation et la sécurisation des dispositifs de soins (prévention et gestion des risques, cadre thérapeutique, protocoles)
- L'identification des compétences des professionnels (profils de postes, développement des connaissances, transferts d'actes)
- L'accompagnement des cadres de santé dans le management clinique et l'organisation des soins.

Axe n°1 : Améliorer la qualité du parcours de soins personnalisé du patient ou du résident

1-1 Améliorer la tenue dossier patient :

Incontournable, le dossier du patient, lieu de recueil et de conservation des informations de toute l'équipe pluridisciplinaire, informations qui ont toutes en commun de concerner le patient, se constitue par la réunion des éléments spécifiques des professionnels concourant à la prise en charge.

Toutefois, l'information ne peut être indifférenciée. Le partage et l'exploitation de l'information sont les principes fondateurs de l'informatisation des données du dossier du patient. L'information doit se condenser au fur et à mesure qu'elle intéresse de plus en plus d'intervenants, d'où l'intérêt des macros cibles, qu'elles soient d'entrée avec l'anamnèse, intermédiaires suite aux synthèses et/ou staffs, ou de sortie.

La transdisciplinarité (*principe fondé sur la connaissance de l'impact de ses actes sur le travail des autres*) se retrouve renforcée dans le dossier patient. Le dossier favorise la coordination de la prise en charge et une continuité dans le parcours de soins du patient en regard du cadre défini de son projet de soins individualisé

Dés lors, nous devons considérer que les informations intégrées à cet ensemble sont celles qui présentent un intérêt pour un autre intervenant que soi-même (cf. le recueil de données, le R.U.D.) et qui répondent aux exigences de contenu légales. Ceci exclut d'emblée les éléments subjectifs. Ainsi, la planification des actions de soins concernant le patient se trouve accessible pour tous les intervenants et permet une information et une suite cohérente de la prise en charge.

Outre sa composition minimale fixée par le décret du 6 février 2006 (n° 2006 -119), le dossier patient est l'objet d'un suivi qualitatif qui permet d'évaluer, au travers de son contenu, la traçabilité des soins prodigués mais aussi une qualité de l'information donnée. Ce qui, dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 permettant l'accès du patient à son dossier, apporte une sécurité pour le soin au patient et peut éviter un contentieux.

L'information est initiée par le patient, c'est à partir d'elle que s'enclenchent les actions. La concrétisation du dossier patient sous la forme numérique, procure une forme d'ubiquité qui répond au besoin des professionnels d'accéder à l'information dans un contexte de multiplicité des lieux de prise en charge en psychiatrie. Il permet ainsi, dans divers lieux, de respecter les programmes de soins en cours via des échéanciers.

Ce contexte se trouve renforcé dans le projet médical.

Toutefois, les logiciels se doivent d'évoluer, non seulement en fonction des réglementations mais aussi en fonction des utilisateurs et des progrès technologiques. Or, peu de logiciels sont conçus exclusivement pour la discipline psychiatrique. Le renouvellement du support informatique du dossier du patient sera vraisemblablement d'actualité dans un terme assez court.

Le prochain support devra intégrer les évolutions dans la pratique psychiatrique, comme la mobilité des acteurs (tablettes ?), l'objectif du zéro papier dans le cadre du développement durable, la « télémédecine », la technologie tactile, le très haut débit, le DMP etc.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Elaborer une trame de synthèse harmonisée
- Formaliser des macros cibles (entrée, sortie...)
- Proposer une trame de projet de soins ou d'accompagnement individualisés
- Développer un dispositif de programmation et planification des soins

1-2 Poursuivre l'accompagnement des patients dans les problématiques somatiques et psychosomatiques :

La mission première de notre établissement étant d'offrir une réponse aux problématiques de santé mentale, dans une dimension holistique, nous devons développer une réflexion sur l'accompagnement des patients et/ou résidents au niveau somatique (en référence au critère 17.b du manuel de certification « Prise en charge somatique des patients ») et psychosomatique dans une organisation transversale, cela pourra se décliner autour de 3 points :

- Les prestations proposées par le plateau technique qui doivent pouvoir se renforcer et continuer à évoluer dans le contexte des nouvelles technologies (RTMS...), mais aussi comme prestataire auprès des structures médicosociales autres que celles rattachées à l'EPSM, en proposant une organisation en lien avec les attentes des unités de soins, et celle des médecins généralistes.
- Prendre en compte la nutrition, en continuant l'objectif du projet de soins 2008 – 2012 « *prévenir et prendre en charge les troubles alimentaires et nutritionnels* ». Mais avec aussi des axes renforcés concernant la qualité des repas et notamment pour les personnes âgées. (CLAN, commission restauration...)

Pour mémoire, le Programme national nutrition santé 2011-2015 est élaboré selon quatre axes que le CLAN reprend dans ses objectifs :

1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population
2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges
3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque
4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, Troubles du comportement alimentaire)

- Prendre en compte la douleur tant physique que psychologique, dans toutes les situations de soins avec un axe particulier pour les accompagnements de fin de vie.

Le dernier plan de lutte contre la douleur 2006-2010 repose sur quatre axes investis par le CLUD de l'EPSM, en particulier :

- L'amélioration de la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables, de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, et mieux dépister et traiter les douleurs chroniques, diffuser des outils d'évaluation de la douleur et d'aide à la prescription, réaliser des formations de sensibilisation. L'accent est mis sur la prise en charge de la douleur psychologique.
- L'amélioration des traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Répondre aux problématiques nutritionnelles
- Répondre aux problématiques liées à la douleur
- Améliorer les liens entre services prestataires du pôle médicoteknique et des spécialités, et unités de soins

1-3 Favoriser l'implication du patient en développant des actions d'éducation thérapeutique :

Depuis une vingtaine d'années, l'EPSM Morbihan montre son intérêt pour une amélioration de la vie du patient et de son entourage et d'une prévention de la rechute. L'établissement a donc choisi de mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique du patient à destination des patients présentant des pathologies chroniques.

L'éducation thérapeutique du patient repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée. Inscrite dans la durée, elle accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. Elle constitue un élément indispensable dans la prise en charge d'une maladie chronique. De ce fait, cela nécessite la définition de bonnes pratiques. Elle se distingue des actions de soins ou d'accompagnement pour une meilleure compréhension de la maladie et de son traitement. Le principe fondamental reste la place de l'utilisateur et de sa famille dans la construction du programme.

L'Organisation Mondiale de la Santé énonce les principes fondateurs de cette activité. L'ETP y est définie comme un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, intégré au traitement et aux soins, dont le but est de lui permettre de mieux gérer sa maladie et de maintenir voire d'améliorer sa qualité de vie.

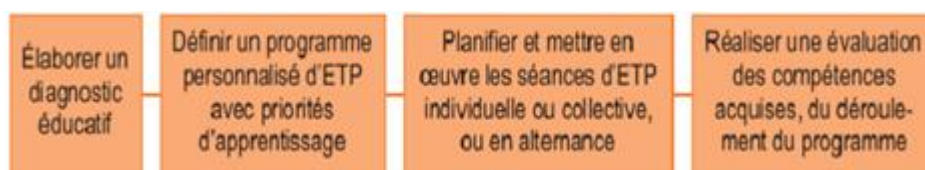
La Haute Autorité de Santé, au travers de différents guides, accompagne les équipes dans la formalisation de programmes d'ETP. Suite à la visite de certification V2010, deux recommandations sur l'ETP sont avancées pour un développement en santé mentale et pour l'unité de soins de longue durée.

Une autorisation de l'Agence Régionale de Santé est nécessaire pour valider les programmes. Elle repose sur un cahier des charges mis à disposition des établissements. Pour être autorisés, ces programmes sont mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin et respectent les compétences requises (formation) pour exercer cette activité.

Une offre d'ETP s'adapte en termes de moyens et de durée aux besoins d'éducation du patient. Elle comprend donc :

- Une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif pour identifier les besoins et attentes du patient et formuler avec lui les priorités d'apprentissage ;
- Des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ;
- Une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, et une coordination des professionnels impliqués dans la prise en charge de la maladie.

Les 4 étapes de l'Education Thérapeutique du Patient :



Plusieurs programmes sont déjà en place sur l'établissement :

Groupe intersectoriel « accompagnement surpoids »

Atelier « alimentation équilibrée »

Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales PRACS

Groupe psychoéducatif ou d'information sur la maladie et le traitement PACT

Programme de psychoéducation « insight »

Groupe pour patients bi polaires

Groupe d'information et d'échange pour les proches des patients hospitalisés en gérontopsychiatrie.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Généraliser le diagnostic éducatif (entretiens motivationnels)
- Proposer des dispositifs spécifiques reconnus
- Participer à la coordination générale d'une dynamique éducative thérapeutique

1-4 Développer les actions et la traçabilité de l'information aux patients, aux familles et représentants légaux :

Le patient est le principal acteur de sa prise en charge. Il lui revient de décider s'il souhaite associer sa famille. Dans la situation particulière des mineurs, l'information est délivrée aux personnes détentrices de l'autorité parentale.

Le mineur doit également recevoir lui-même une information « *d'une manière adaptée à son degré de maturité* », en fonction de l'âge et de ses facultés de discernement.

Les titulaires de l'autorité parentale peuvent ne pas être informés si le mineur souhaite conserver le secret sur son état de santé, alors :

- *Le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix* qui n'intervient pas dans la décision
- En cas de doute : l'autorité judiciaire est saisie et décide si le secret doit être ou non gardé

Dans ce contexte, il est nécessaire de donner toute leur place aux aidants, sous réserve de l'accord de la personne soignée, à toutes les étapes du parcours de soin et d'accompagnement et en les soutenant lorsque c'est nécessaire.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle le droit fondamental des personnes à la protection de la santé et mentionne un certain nombre d'autres droits tels que les droits à l'information sur l'état de santé (et notamment sur les bénéfices/risques liés aux thérapeutiques au sens large *l'utilité, les risques des traitements et les conséquences prévisibles en cas de refus de ces traitements*), à l'accès aux données personnelles de santé. Cette loi permet à tout patient majeur de désigner une personne de confiance, membre de son entourage proche, qui le conseillera dans son parcours de soins. C'est un interlocuteur privilégié qui sera consulté dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Il semble donc essentiel d'accroître et soutenir le rôle d'acteur des usagers, de leurs familles et de leurs proches dans les processus de concertation et de décision liés à la politique d'organisation des soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale.

Les représentations de la psychiatrie dans le grand public évoluent. Son champ de missions a dépassé celui de la « folie » pour s'intéresser à la santé mentale.

L'amélioration de l'information des personnes atteintes de troubles mentaux sur leurs droits et, le cas échéant, sur leur situation juridique en cas de soins sans consentement (Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011) doit permettre de mieux garantir l'exercice de ces droits en luttant contre la stigmatisation attachée aux troubles mentaux, tout en tenant compte de leur spécificité.

Le dossier contenant les informations de santé relatives à la personne mentionne les informations majeures qui lui ont été délivrées, par qui et à quelle date, ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées lors de leur délivrance. Il mentionne le cas échéant les démarches entreprises lorsque la personne ne maîtrise pas suffisamment la langue française ou présente des difficultés de communication ou de compréhension. Ces mentions permettent aux autres professionnels de santé de prendre connaissance des difficultés afin de favoriser la cohérence de l'information.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Identifier la place de l'entourage dans le projet du patient
- Développer les groupes « familles », aidants...

- Développer les liens avec les tuteurs et curateurs
- Développer les entretiens familles
- Identifier le contenu des informations transmissibles et les modalités de leur traçabilité.

1-5 Définir des process liés aux parcours de soins, voire aux chemins cliniques spécifiques (trajectoires) (APP) :

Instauré par la loi HPST du 21 juillet 2009 (article 59), le Développement Professionnel Continu (DPC) est désormais une obligation qui s'inscrit dans une démarche permanente pour l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Le développement professionnel continu est un dispositif unique regroupant 5 objectifs :

- l'analyse des pratiques professionnelles (APP), appelées précédemment EPP
- le perfectionnement des connaissances
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- la prise en compte des priorités de santé publique
- la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'enjeu du DPC est de garantir la qualité et la sécurité des pratiques des professionnels de santé.

L'établissement élabore un plan de DPC et assure la promotion des programmes de DPC inscrits dans celui-ci.

Le plan DPC pour les professionnels paramédicaux est élaboré par l'établissement en lien avec le Comité technique d'établissement (CTE) et la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) qui interviennent à titre consultatif. Le plan est validé par le directeur de l'établissement.

Chaque établissement est chargé du suivi de l'obligation de DPC pour les professionnels paramédicaux.

Les orientations nationales pour l'année 2013 sont au nombre de six, elles contribuent à :

- l'amélioration de la prise en charge des patients
- l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
- l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques
- l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles.
- l'amélioration de la santé environnementale
- la formation professionnelle continue définie à l'article L.6311-1 du code du travail.

Dans le cadre du **développement professionnel continu**, les professionnels de santé s'inscriront donc dans une activité d'analyse des pratiques professionnelles en complément de leur programme de formation continue.

L'EPSM Morbihan s'est engagé depuis 2006 dans l'APP, il poursuivra le développement de ces méthodologies durant les années à venir, avec 3 objectifs principaux :

- ✚ Affiner les approches méthodologiques ;
- ✚ Évaluer les actions réalisées
- ✚ Déterminer des indicateurs.

Les chefs de projet profiteront de la poursuite de l'accompagnement méthodologique des référents formés.

Les méthodologies peu développées seront particulièrement soutenues : RMM par exemple...

L'établissement s'attachera à réaliser, entre autres, une analyse des pratiques professionnelles sur les domaines suivants :

- Prise en charge en ambulatoire,
- Résolution de problèmes par pôles,
- Etude des chemins cliniques par problématique de santé (schizophrénie, état limite...)

✓ **Objectifs opérationnels** : analyser les process et ajuster les chemins cliniques aux patients

- Présentant un risque suicidaire
- Soignés sans leur consentement SDT/SDRE
- Présentant des troubles liés au vieillissement
- Présentant un handicap psychique
- Présentant des troubles addictifs
- Adolescents hospitalisés en psychiatrie générale
- Avec hospitalisations itératives.

1-6 Promouvoir la place de l'extrahospitalier dans le dispositif de soin, de l'entrée à la sortie

Le projet médical d'établissement réaffirme la place du secteur psychiatrique comme unité organisationnelle des soins. Le projet de soins s'inscrit dans cette dynamique afin de promouvoir la place de l'extrahospitalier dans l'ensemble du dispositif de soins. Dans ce contexte, une redéfinition des missions des professionnels en ambulatoire et en hospitalisation à temps partiel s'avère opportune. L'hospitalisation complète ne peut être qu'une séquence possible dans un parcours de soins, la diversité de l'offre de soins doit pouvoir proposer des trajectoires thérapeutiques adaptées aux besoins singuliers de la personne, évalués régulièrement, en décloisonnant les prises en charge.

Les maladies mentales peuvent troubler la capacité à demander de l'aide, à consentir et à s'engager durablement dans les soins. Aussi, pour améliorer la continuité des soins et la fluidité des parcours, les outils de coordination entre les équipes sont-ils à revisiter. Cet axe implique l'amélioration de la connaissance mutuelle, la mise en place des modalités de collaboration entre les équipes de l'EPSM. Cette complémentarité ne peut être efficiente que si elle s'accompagne du développement de partenariats entre les acteurs des champs sanitaire, social, médico-social et le réseau associatif des territoires. L'enjeu est de favoriser une plus grande cohérence dans l'articulation des projets de soins et de vie des personnes.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Définir, évaluer et coordonner le parcours de soins du patient
- Redéfinir les missions des professionnels exerçant en ambulatoire et hospitalisation à temps partiel
- Evaluer les outils de coordination :
 - ✓ Entre équipes opérant sur un même territoire
 - ✓ Entre équipe sectorielle et équipe fédérative
- Investir le territoire et identifier les acteurs locaux ; promouvoir la communication.

Axe n°2 : Harmoniser, structurer et sécuriser les dispositifs de soins et d'accompagnement mis en œuvre par ou pour les équipes

2-1 Développer les pratiques professionnelles autour de la prévention et de la gestion des risques :

Une dynamique d'appropriation de la gestion des risques sera poursuivie sur les deux approches :

- La gestion des risques a priori qui concerne la prévention en recensant les situations de risques et en menant des actions de réduction par l'outil de suivi « cartographie des risques »
- La gestion des risques a posteriori par le suivi des événements indésirables et des actions correctives menées. L'analyse des causes profondes déjà expérimentée pourrait être plus étendue.

Le programme portera plus précisément sur 3 points : l'identitovigilance, l'aide à la déclaration des Fiches d'Évènement Indésirable, et la prévention du risque infectieux.

L'**identification** du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et le management de la prise en charge médicamenteuse sont dans les Pratiques Exigibles Prioritaires de la certification HAS V 2010.

Des axes d'amélioration porteront plus particulièrement sur :

- La préparation et l'administration des médicaments
- Les examens laboratoires
- Les éléments nécessaires à l'ouverture et la tenue du dossier du patient.

Bien prendre en compte les enjeux et les objectifs de l'identitovigilance permettra d'optimiser la prévention des erreurs d'identité.

Une **sensibilisation à la déclaration des FEI** auprès des soignants sera engagée pour les aider à signaler les incidents, comme les sorties sans autorisation, les erreurs médicamenteuses ou encore la survenue des effets indésirables méconnus d'un traitement ... L'EPSM développera une « culture plus positive de l'erreur » pour réduire la notion de faute encore ressentie par les équipes. L'analyse des causes sera renforcée afin de prévenir d'autres incidents, par exemple dans le travail de REMED.

La politique de prévention **du risque infectieux** devra continuer à se déployer :

- Respect des précautions standards :
 - Hygiène des mains (professionnels et patients/résidents), notamment favoriser l'utilisation de produits hydro alcooliques
 - Tenue professionnelle adaptée
 - Prévention des AES, et port des gants
 - Tri des déchets
- Application des protocoles (soins somatiques, hygiène des locaux)

- Prévention des épidémies avec bonne application des précautions complémentaires pour les patients présentant un problème infectieux
- Respect des bonnes pratiques d'hygiène en lien avec l'alimentation.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Participer à la sécurisation du circuit du médicament
- Dynamiser une politique de prévention des infections liées aux soins
- Entreprendre une politique d'identito-vigilance

2-2 Déterminer les objectifs liés au cadre thérapeutique :

La politique de soins qui engage les équipes vers l'individualisation de la prise en charge du patient ou de l'accompagnement du résident, doit également prendre en compte la dimension de l'inscription du patient ou du résident au sein d'un collectif. Cette difficile articulation est un enjeu majeur en termes de satisfaction du patient quant à la qualité de sa prise en charge mais également la qualité de son séjour parmi d'autres patients qui présentent des difficultés parfois différentes. Malgré la culture institutionnelle d'intersectorialité limitant l'hétérogénéité des problématiques de santé des patients au sein d'un même service de soins, cette problématique doit être prise en compte par les équipes, facilitant ainsi l'évolution du sujet au sein du groupe.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Formaliser les objectifs liés aux réunions soignants-soignés
- Développer le dispositif de professionnel référent

2-3 Réévaluer les protocoles spécifiques

Dans le cadre d'un groupe de travail pérenne en lien avec le comité violence, les professionnels se sont déjà engagés dans l'analyse de ces pratiques et ce depuis 2007 suite à une APP (Analyse des Pratiques Professionnelles). Cela concerne : la contention physique, l'isolement thérapeutique, et le transfert des patients sans consentement. Dans ce cadre, des actions de formation et d'information, une réalisation d'audits cliniques, l'élaboration de protocoles ont été mises en œuvre.

L'évaluation de ces travaux permettra de confirmer les actions mises en place et aussi de se projeter vers d'autres axes.

L'utilisation de la chambre de surveillance attentive est un des principaux thèmes. Les membres de la commission des soins accompagneront le groupe actuel sur les modalités de prise en charge de ce soin spécifique.

Les professionnels de santé se projettent également vers de nouvelles techniques, par exemple la RTMS, ou la télémédecine intéressante pour répondre à l'éloignement de certaines structures et au manque de temps médical dédié..

Ces nouvelles techniques permettent une ouverture sur d'autres thérapeutiques non médicamenteuses, elles sont à développer voire à explorer dans le domaine des neurosciences.

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Harmoniser les pratiques de la contention physique
- Revisiter les protocoles liés à l'isolement thérapeutique
- Définir les pratiques liées aux CSA
- Accompagner les professionnels dans les nouvelles techniques (télémédecine, rTMS...)

Axe n°3 : Identifier et renforcer les compétences des professionnels de santé

Certaines compétences sont indispensables à l'exercice d'une profession. Elles constituent le socle commun de connaissances et de pratiques que tout professionnel d'un même métier doit posséder et sont validées par un diplôme.

Les compétences requises pour les différents professionnels intervenant dans le parcours de soin et d'accompagnement du patient/résident ne cessent d'évoluer. Ces compétences sont spécifiques à certains lieux d'exercice mais le plus souvent elles sont transposables à d'autres lieux et à d'autres situations professionnelles. Les dispositifs de l'EPSM Morbihan interviennent dans le champ psychiatrique et de la santé mentale, ainsi que dans celui du handicap psychique dans le champ médico-social. Elles enrichissent les pratiques individuelles et collectives.

Le concept de « Compétence » peut se définir par la combinaison des actions suivantes :

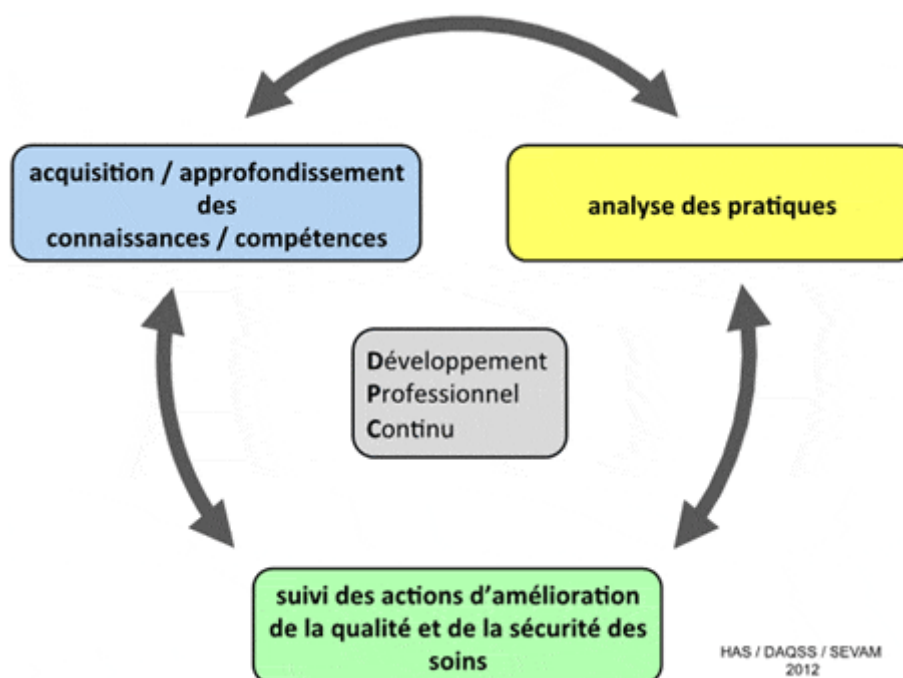
- La mobilisation et l'organisation de différents savoirs
- L'analyse du contexte dans lequel sont utilisés et mis en œuvre ces savoirs
- L'évaluation à distance de leur mise en œuvre
- Le transfert de la compétence ainsi acquise dans différentes situations
- Le maintien d'un certain niveau de performance.

Etre un professionnel compétent c'est donc : utiliser ses différents savoirs (théoriques, techniques, relationnels, pratiques...) les associer aux ressources de l'environnement (réseau, expertises...) pour comprendre et traiter une situation professionnelle. La compétence suppose une pratique réflexive et une mise à jour constante des savoirs.

Dans un parcours professionnel et en fonction du lieu d'exercice, d'autres compétences peuvent être exigées, elles peuvent être acquises par la transmission par des pairs, par l'expérience ou par la formation continue.

Le « Développement Professionnel Continu » (DPC) instauré par la loi du 21 juillet 2009 vient réaffirmer l'exigence d'une compétence continuellement réinterrogée chez les professionnels de santé et conforte la dynamique existante.

Le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». (HAS)



Toutes les professions de santé sont déjà soumises à l'obligation de formation continue. Celle-ci se combine désormais avec l'évaluation des pratiques professionnelles (APP).

Quatre orientations seront à privilégier :

3-1 Elaborer et généraliser les profils de postes identifiant les compétences en lien avec les évolutions métiers :

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Décliner la politique de gestion des compétences et métiers en partant au préalable de la carte d'identité des unités où seront identifiées les situations de travail prévalentes rencontrées.
- Déterminer les compétences attendues pour répondre à ces situations de travail prévalentes afin d'élaborer des profils de postes et leurs descriptifs en fonction des métiers.
- Elaborer des fiches métiers (décrivant les actes de base de l'exercice de ce métier et le socle des compétences exigées. EX : Infirmier en Santé mentale)
- Elaborer ensuite des profils de postes (actes et compétences requises spécifiques à l'exercice du métier dans un service. Ex : infirmier Santé mentale exerçant en hôpital de jour)
- Généraliser l'utilisation de ces profils de poste dans les procédures de recrutement et d'évaluation du personnel

3-2 Favoriser le développement des connaissances liées au parcours des professionnels (tous métiers) :

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Identifier les formations et élaborer des parcours de formation qui répondent aux connaissances attendues en fonction des métiers, de leur évolution, des orientations de pôles ou et des fédérations.
- Développer les Analyses de pratiques professionnelles et les modalités préconisées dans le cadre du DPC (Apport de connaissances + Analyses de pratiques professionnelles).

3-3 Favoriser le développement des compétences (nouveaux professionnels, mobilité...) :

Le DPC est un moyen de mettre en place un plan d'amélioration de son activité professionnelle. Le professionnel détermine ses priorités d'amélioration et définit un plan d'actions à mener ou de formation à suivre (pour la ou les années à venir). C'est un processus dynamique, conduisant le professionnel à se former et faire évoluer ses connaissances et compétences tout au long de sa carrière professionnelle en lien avec l'encadrement.

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

Le programme DPC comporte deux axes obligatoires et articulés entre eux :

- L'analyse des pratiques professionnelles,
- L'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences

✓ **Objectifs opérationnels :**

- Identifier les projets de formation des pôles, des fédérations et des établissements médico-sociaux en lien avec la formation initiale.
- Evaluer les besoins en nouvelles compétences pour enrichir le parcours de soin et éventuellement ouvrir à d'autres métiers :
 - Aspects plus éducatifs de certains accompagnements pour aider à l'évaluation des habiletés sociales et à la réinsertion
 - Nouvelles approches thérapeutiques (thérapies comportementales, Neurosciences, RTMS,...)

3-4 Développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé (transferts d'actes) selon l'art 51 de la Loi HPST du 21/07/2009 :

- Identification par les équipes de travail et au bénéfice du patient des transferts d'actes possibles de coopération entre professionnels de santé concernant le pallier 1 et 2.
- Elaborer les protocoles de coopération en fonction des transferts d'actes identifiés et possibles concernant le pallier 1 et 2
- Mise en place de ses protocoles de transferts d'actes concernant le pallier 1 et 2, en lien avec les objectifs définis dans le cadre du CLUD

Axe n°4 : Accompagner les cadres de santé dans le management clinique et l'organisation des soins :

L'évolution de la politique de santé au cours des dernières années interroge les missions des cadres et nécessite un ajustement entre management clinique et organisation des soins.

La démarche clinique est une attention particulière portée à la personne, attention faite d'observations, de soins et d'accompagnement. Au sein de l'EPSM, la clinique s'articule avec la vie institutionnelle.

Le management relève de l'exercice des fonctions de cadre coordonnateur de pôle et de cadre de proximité dans le respect de leur éthique professionnelle et de celle du service public.

Les contraintes engendrées par une gestion à moyens constants, ne doivent pas obérer la dimension clinique de la fonction. La logique managériale dans un champ où l'humain est au centre des préoccupations, pose la question du sens de nos pratiques.

Il s'agit ici de concilier une gestion de ressources en fonction des orientations institutionnelles et une ambition de soins optimums. En effet, loin d'être opposables ces deux approches doivent faire l'objet de logiques corrélatives.

Dans un monde devenu différent, les logiques et l'éthique fondant la clinique soignante se doivent d'intégrer un bon usage des moyens. C'est une opportunité d'ouverture et d'innovation qu'il nous faut saisir pour concevoir une organisation capable d'écoute et d'évolution, dans l'appropriation d'un projet d'établissement fédérant les identités et cultures soignantes.

D'autant que ces identités et culture sortent de leur environnement restreint pour, dans le cadre des communautés hospitalières de territoires (CHT) et groupements de coopérations sanitaires (GCS), se trouver en relation avec d'autres.

4-1 Articuler le projet de management des cadres de santé à la politique de l'établissement.

✓ Objectifs opérationnels :

- Formaliser les missions des cadres soignants de l'EPSM en clarifiant les zones de responsabilité et de délégation et la mobilisation des zones de compétences spécifiques et des zones collaboratives inter professionnelles,
- Développer, pour les cadres de santé, par les partages d'expérience et la formation, les compétences de management clinique, de gestion et d'organisation.
- Définir les projets cliniques et fonctionnels des unités et des pôles, en s'appuyant sur les socles des projets d'établissement et projet de soins et en adaptant les organisations à l'évolution des besoins du patient.
- Accompagner le cadre de santé comme référent sur le territoire pour l'extra hospitalier.