



Projet d'Établissement 2024-2028

EPSM Morbihan



Sommaire

<u>I. MOT D'INTRODUCTION</u>	3
<u>II- PROJET DE PRISE EN SOIN DU PATIENT</u>	4
1 - Quelques données démographiques : l'évolution de la population du territoire de santé Brocéliande Atlantique (2016-2021)	4
2 - Etat des lieux : bilan du précédent projet et travaux préparatoires	5
3 - Les orientations stratégiques du Projet de Prise en soin du Patient 2024-2028	8
<u>III. PROJET SOCIAL</u>	12
1 - Adaptation à l'évolution des besoins de l'établissement et des patients	12
2 - Consolidation des règles de gestion des ressources humaines et optimisation des moyens	13
3 - Prévention des risques professionnels	14
4 - Ressources Humaines médicales	15
5 - Qualité de Vie et Conditions de Travail	17
<u>IV. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES</u>	21
1 - Axe N°1 - Faire évoluer le système de management de la qualité et gestion des risques	22
2 - Axe N°2 - Améliorer le système d'analyse des risques	26
3 - Axe N°3 - Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage	31
4 - Axe N°4 - Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques	39
<u>V. LE PROJET DES USAGERS</u>	42
<u>VI. LE PROJET SDIE +</u>	48
<u>VI. LE PROJET PSYCHOLOGIQUE</u>	71



I - MOT D'INTRODUCTION

Etabli pour cinq ans, le projet d'établissement est la clef de voute de l'hôpital : il fixe les grandes orientations de notre établissement et est au service de tous les habitants de notre territoire, en cohérence avec les priorités du projet médico-soignant partagé du GHT et de la politique régionale de l'offre de soins.

Les défis pour les années qui viennent sont importants et le cap que nous nous sommes fixés est clair : Favoriser le rétablissement des personnes ; renforcer la prévention et l'intervention précoce ; fluidifier les parcours de prises en soin sur le territoire (avec une attention particulière portée à la psychiatrie de la personne âgée) ; moderniser l'offre de soins en addictologie et créer un dispositif de soins dédié à la psychiatrie légale.

S'il veut assurer son développement et maintenir une dynamique d'ensemble, l'hôpital doit d'abord avoir conscience de la nécessité de s'adapter à son environnement, s'inscrire ensuite pleinement dans la vie de son territoire et enfin être un acteur des politiques de santé.

Le projet d'établissement 2024-2028 constitue pour l'EPSM Morbihan le socle d'orientation de référence de ses activités : son élaboration s'est appuyée sur une démarche participative visant à mettre en valeur toute la richesse et la diversité des compétences exercées.

Notre volonté collective est que, par la réalisation de ce projet d'établissement, l'EPSM continue d'affirmer sa place au service de tous. Faisons vivre ce projet, donnons corps et sens à cette vision d'avenir afin que notre établissement améliore encore et toujours la qualité du service rendu.

Que la réalisation de ce projet permette à tous les professionnels d'agir avec fierté au sein de l'hôpital qu'ils contribuent à bâtir grâce à leurs compétences, leur dynamisme et le partage des valeurs d'engagement, de professionnalisme, de solidarité, de bienveillance et de responsabilité !

Thomas ROUX

Directeur de l'EPSM Morbihan



II. PROJET DE PRISE EN SOIN DU PATIENT

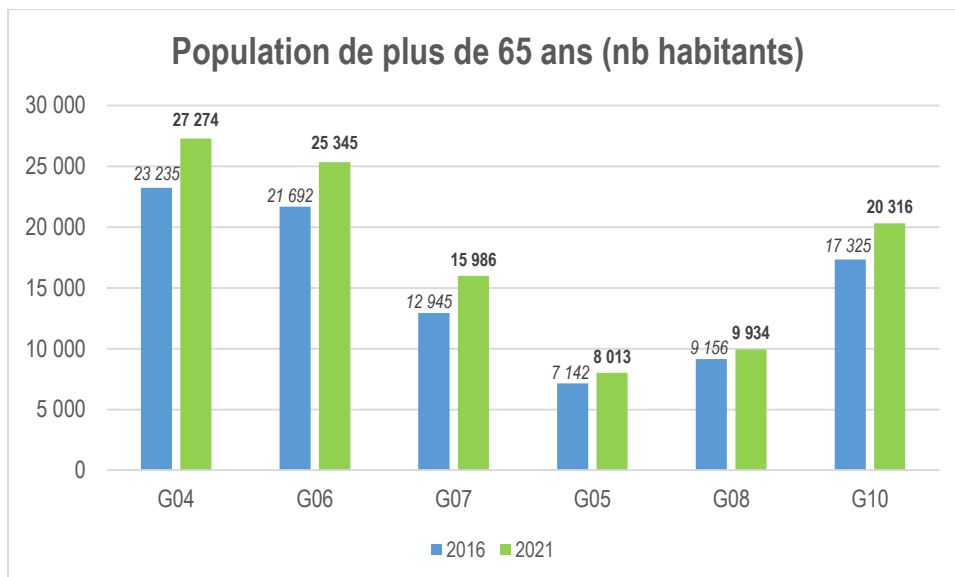
1 – Quelques données démographiques : l'évolution de la population du territoire de santé Brocéliande Atlantique (2016-2021)

La population du territoire de santé Brocéliande Atlantique s'établit à **430 446 habitants** (données 2021), elle a progressé de 4% par rapport à 2016 ce qui représente 16 457 habitants supplémentaires.

Au niveau du territoire desservi par chaque pôle, la progression est plus marquée sur le pôle Vannes Muzillac Auray (VMA) avec +5% (soit + 10 802 habitants) que sur le pôle St-Avé Ploërmel Locminé (SAPL) avec +3% (soit +5 655 habitants). Par secteur¹ de psychiatrie de l'adulte, l'évolution de la population globale est la suivante :

Territoire Brocéliande Atlantique		Pop. Totale (2016)	Pop. Totale (2021)	Evolution 2016-2021
Pôle VMA	Secteur G04	96 505	100 732	4%
	Secteur G06	94 727	98 167	4%
	Secteur G07	44 907	48 042	7%
	Total Pôle VMA	236 139	246 941	5%
Pôle SAPL	Secteur G05	41 734	42 985	3%
	Secteur G08	41 459	41 716	1%
	Secteur G10	94 657	98 804	4%
	Total Pôle SAPL	177 850	183 505	3%
Total EPSM		413 989	430 446	4%

C'est **la population âgée de plus de 65 ans qui progresse le plus** significativement (+17%) passant de 91 496 à 106 888 habitants. Ce constat s'applique quel que soit le secteur² de psychiatrie de l'adulte considéré.



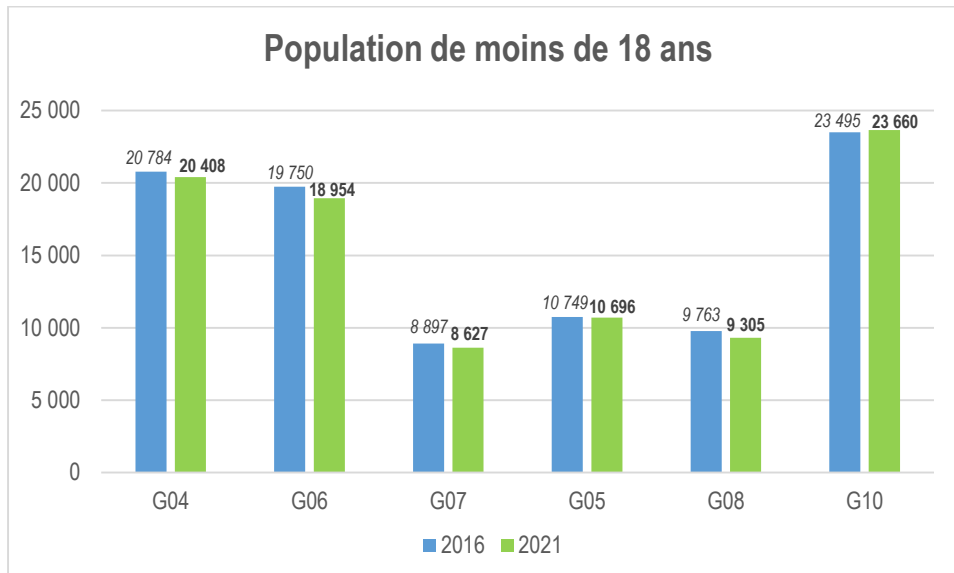
¹ G04 : Auray, G06 : Vannes, G07 : Muzillac, G05 : Locminé, G08 : Ploërmel, G10 : St-Avé

² G04 : Auray, G06 : Vannes, G07 : Muzillac, G05 : Locminé, G08 : Ploërmel, G10 : St-Avé



A l'inverse, la population des jeunes (<= 25 ans) diminue globalement de 2% sur tout le territoire pour s'établir à 116 317 habitants en 2021.

Ce constat s'applique également à la population des moins de 18 ans qui comprend 91 650 habitants en 2021. En conservant le secteur de psychiatrie de l'adulte comme base de comparaison, celui-ci pouvant être corrélé à l'implantation territoriale des CPEA, la répartition est la suivante :



2- Etat des lieux : bilan du précédent projet et travaux préparatoires

2.1 Bilan synthétique des réalisations du précédent Projet de Prise en charge du Patient 2019-2022

Les principales réalisations du précédent PPP sont les suivantes :

- ✖ Une équipe mobile périnatale, associée à l'Unité Thérapeutique Bébé Parents bi-site (Vannes, Ploërmel) intervient sur le territoire de santé depuis septembre 2022 (PPP 1.1.1).
- ✖ La nouvelle organisation des 2 CPEA vannetais a été déployée ; d'une répartition initiale par tranches d'âge, chaque site assure désormais une couverture territoriale distincte. Cette évolution s'est accompagnée d'un redéploiement territorial des effectifs non médicaux vers les CPEA généralistes (hors Vannes) (PPP 1.5.3).
- ✖ Une antenne de la Maison des Adolescents de Vannes est déployée sur Ploërmel depuis septembre 2020, sur la base d'une journée par semaine. Une 2^{ème} journée est déployée depuis 2023 sur le site déporté de Guer (PPP 1.5.3).
- ✖ Un centre de soins de proximité dédié aux Troubles du Comportement Alimentaire pour les 12-18 ans, en partenariat avec le service de pédiatrie, est en cours de déploiement et devrait être opérationnel dans le courant du 2^{ème} semestre 2024. Il prévoit un *guichet unique pour les consultations spécialisées, un hôpital de jour dédié de 6 places localisé sur le site du CHBA, une prise en charge ambulatoire diversifiée (individuelle, groupale, accompagnement familial)* (PPP 4.3.3).



- * La modernisation du CMP de Vannes a été réalisée avec le regroupement en un lieu unique fonctionnel du CMP et des CATTP. Une consultation Migrants a été créée sur le site du CHBA (PPP 2.1.3 et PPP 4.6)
- * Le projet de regroupement des hôpitaux de jour vannetais est engagé avec la définition de filières de soins au sein du futur Centre Ambulatoire Vannetais (CAV), localisé dans le quartier de Kercado, et dont la mise en service est prévue au 1^{er} semestre 2025 (PPP 2.1.3).
- * Le projet de regroupement du CMP et de l'hôpital de jour de Ploërmel ainsi que de l'antenne de Malestroit est engagé avec une mise en service prévisionnelle au 1^{er} semestre 2025 (PPP 2.1.3).
- * L'antenne de Questembert des CMPS et CPEA est intégrée au sein de la maison de santé (2023).
- * L'accroissement du parc d'appartements thérapeutiques (17 à ce jour répartis entre l'IRPS et la Maison Thérapeutique An Tremén) a permis de diversifier les parcours de soins alternatifs à l'hospitalisation complète (PPP 3.1).
- * Un programme d'accompagnement et de soutien des familles est déployé sur tous les pôles de l'établissement (PPP 3.2.2 et PTSM).
- * Le programme ETHYLIBRE a été déployé dès 2021 avec la coordination de la plateforme territoriale ETP et la contribution de patients partenaires, d'associations d'usagers et de différents opérateurs du territoire (CHBA, DAC, MSP, ...) (PPP 3.2)
- * Un dispositif de job-coaching pour un accompagnement en milieu ordinaire des personnes en situation de troubles psychiques invalidants est opérationnel sur le département du Morbihan depuis mai 2022. L'orientation vers ce dispositif, financé dans le cadre du PTSM56 et dont la gestion opérationnelle est assurée par le Centre de Postcure et de Réadaptation de Billiers, se fait à partir des 3 établissements de santé mentale couvrant le département (PPP 3.4.1 & PTSM).
- * Les critères d'accès aux dispositifs de soins territoriaux en addictologie ont été clarifiés (4.1.1).
- * Les unités d'hospitalisation complète de Psychiatrie de la Personne Agée (Daumezon A et Daumezon B) accueillent tous les patients de 65 ans et plus, quelle que soit leur antériorité pathologique. Les critères d'admission ont été redéfinis (PPP 4.2).
- * L'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée (EMPPA) est déployée depuis l'été 2022 ; elle intervient en appui des CMPS (PPP 4.2).
- * Un comité consultatif de recherche clinique a été mis en place (PPP 5.2).
- * Le recours à l'usage des outils technologiques a été étendu tant pour les patients (déploiement progressif d'un réseau wi-fi dédié) que pour les professionnels (mise à disposition de smartphones pour les professionnels en mobilité) (PPP 5.3.1 et 5.3.2).
- * Une plateforme d'information sur les soins en santé mentale, dénommée Psy-Infos, a été mise en ligne (PPP 5.4.1).
- * La Maison des Usagers a été mise en service (5.4.3).

2.2 – Travaux préparatoires

☞ Prise en compte d'éléments de conjoncture

Au sortir de la crise sanitaire, l'environnement des établissements de santé mentale s'est considérablement transformé avec des difficultés majeures de recrutement tant pour les personnels soignants que médicaux. Sur la période 2021-2022, l'EPSM Morbihan a ainsi neutralisé près d'une centaine de lits d'hospitalisation complète tout en développant une offre de soin alternative (équipe de liaison, fluidité renforcée des parcours vers les



structures médico-sociales, développement d'offres ambulatoires). Ce nouveau cadre induit une permanente adaptation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et les orientations stratégiques du PPsP 2024-2028 prennent en compte ces évolutions.

Toujours, au sortir de la crise sanitaire, la demande de soins en santé mentale des adolescents et des jeunes adultes a connu une augmentation très significative ce qui nécessite également une adaptation permanente des dispositifs de soins existants et des interventions favorisant la prévention et le dépistage précoce.

La confirmation de la mise en service d'un centre pénitentiaire de 550 places (pouvant atteindre 880 détenus) sur la commune de Vannes à horizon 2027 impose une réflexion quant au dispositif de soins à déployer par l'EPSM Morbihan pour assurer ces nouvelles prises en soin en milieu pénitentiaire.

Enfin la croissance démographique dynamique sur le territoire, particulièrement pour les plus de 65 ans, nécessite un questionnement permanent sur l'amélioration et l'articulation des parcours de soins de cette population.

➔ Questionnaire préparatoire

Un questionnaire abordant toutes les composantes de l'offre de soin de l'EPSM et ses évolutions attendues a été diffusé à l'ensemble des professionnels en janvier 2024. Il a notamment permis de mettre en exergue des interrogations quant aux thèmes suivants :

- ✦ les parcours d'hospitalisation complète et l'organisation des unités d'admission, ✦ la place de l'extra-hospitalier dans un environnement où les ressources médicales en psychiatrie se raréfient et où les parcours avec les autres opérateurs de premier recours sont en recherche de davantage d'articulation,
- ✦ la place des prises en soin à temps partiel en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète,
- ✦ le passage de la réhabilitation psychosociale à la dynamique de rétablissement,
- ✦ la nécessité de disposer d'un dispositif dédié à la psychiatrie légale,
- ✦ la diversification des parcours de soin des adolescents qui prennent en compte les multiples partenariats (service de pédiatrie, services de l'aide sociale à l'enfance, ...) existants, leur cohérence territoriale et la transition vers l'âge adulte.

➔ Séminaire pluriprofessionnel du 26 mars 2024

Le séminaire du 26 mars a permis à une soixantaine de professionnels de l'établissement, issus de diverses catégories, associant des représentants d'usagers, et réparti en groupes de travail thématiques de réfléchir aux axes préfigurateurs du nouveau Projet de Prise en soin du Patient 2024-2028. Ces orientations stratégiques sont présentées dans ce document, elles constituent l'ossature du projet et seront déclinées en plan d'actions issus des groupes de travail thématiques dans les prochaines semaines.



3- Les orientations stratégiques du Projet de Prise en soin du Patient 2024-2028

Les orientations stratégiques suivantes seront déclinées en plan d'actions à l'automne 2024. Une présentation finale de ce plan aura lieu aux instances de décembre

Axe 1- Favoriser le rétablissement des personnes prises en soin

Les projets de soins de réhabilitation psychosociale en psychiatrie de l'adulte sont essentiels pour favoriser l'autonomie, l'inclusion sociale et le rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux. La réhabilitation psychosociale et le rétablissement sont des concepts associés mais distincts qui peuvent se définir de la façon suivante :

⇒ la **réhabilitation psychosociale** correspond à **un ensemble de techniques et de pratiques** visant à favoriser l'autonomie et le rétablissement des personnes vivant avec un trouble psychique. Les soins et accompagnements de réhabilitation psychosociale ont pour objectif de soutenir le processus personnel de rétablissement des personnes concernées.

⇒ le **rétablissement** est un **processus éminemment personnel**. Il s'agit de retrouver une vie satisfaisante, pleine de sens et d'espoir malgré les limitations liées à des troubles psychiques.

La réhabilitation psychosociale fait partie des dynamiques de soin mobilisées par les professionnels de l'EPSM depuis de nombreuses années :

- avec un niveau élevé et diversifié de formation aux techniques de soins de réhabilitation psychosociale,
- avec une diffusion des techniques de soin de réhabilitation psychosociale au sein de l'ensemble des unités de soin de l'établissement,
- avec un engagement, dans le cadre du PTSM56, dans l'animation de la dynamique territoriale des projets de réhabilitation psychosociale à l'instar du dispositif de job-coaching Goanag.

Partant de cet environnement, il importe désormais de :

Axe 1.1 - Consolider et renforcer la culture du rétablissement dans l'ensemble des unités de soin de l'EPSM par :

- ⇒ Inscription pluriannuelle dans le plan de formation institutionnel d'une formation socle comprenant :
 - Le rétablissement en santé mentale et la réhabilitation psychosociale,
 - L'entretien motivationnel

Axe 1.2 - Améliorer la lisibilité de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale et favoriser l'accès aux soins de réhabilitation psychosociale au sein de l'établissement, ainsi qu'à ceux de nos partenaires du GCSMS de Santé Mentale du Golfe du Morbihan, quel que soit le lieu de prise en soin du patient,

- ⇒ Création d'une docuthèque permettant de recenser et de mettre à disposition, le cas échéant, l'ensemble des outils de soins de réhabilitation psychosociale,

Axe 1.3 – Favoriser l'harmonisation des pratiques et la mutualisation des techniques de soin de réhabilitation psychosociale au sein de l'établissement.



⇒ Constitution d'un Comité de Coordination du Rétablissement et de la Réhabilitation (C2R) copiloté par les pôles de psychiatrie de l'adulte

Axe 1.4 – Contribuer à favoriser l'empowerment des usagers

⇒ Relancer le site Psy Infos

⇒ Diffuser des messages de santé publique sur les différents lieux de prises en soins de l'EPSM (salles d'attente des CMPS, ...)

Axe 2 - Renforcer la prévention et l'intervention précoce

Sur la dernière décennie, le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a conforté son positionnement territorial essentiel sur la prévention et l'intervention précoce avec :

- La création d'une offre de soins ambulatoires au sein d'une Unité Thérapeutique Bébés-Parents localisée sur 2 sites (Vannes et Ploërmel),
- Un renforcement de l'accès à la Maison des Adolescents de Vannes décliné en antenne à Ploërmel et en permanence à Guer,
- Une adaptation de l'offre de soins pour adolescents à leurs besoins croissants de soins en psychiatrie et santé mentale.

Pour la période 2024-2028, les objectifs seront de :

Axe 2.1 - Consolider l'offre de soin de psychiatrie périnatale :

* par le déploiement d'une offre de soins à temps partiel de proximité en concertation avec les autres opérateurs du département associés au PTSM56,

* par la formalisation des collaborations avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes et le CHU de Nantes pour le recours aux soins en hospitalisation complète,

Axe 2.2 – Adapter l'offre de soin des CPEA aux besoins infra-territoriaux des enfants et favoriser les interventions hors les murs (domicile, lieu de scolarisation, ...)

Axe 2.3 - Rénover le projet de prise en soin des adolescents et des jeunes adultes :

- * par une clarification des missions et de l'organisation des prises en soin des adolescents sur le territoire,
- * par la formalisation et la déclinaison des prises en charge conjointes pédiatrie-pédopsychiatrie,
- * par un partenariat renouvelé avec les services de l'aide sociale à l'enfance,
- * par la fluidité des différents parcours vers l'âge adulte sur le territoire

Axe 2.4 – Consolider le déploiement du centre de soins de proximité des Troubles du Comportement Alimentaire

Axe 3 - Fluidifier les parcours de prises en soin sur le territoire

Axe 3.1 - Regrouper et moderniser l'offre des unités d'hospitalisation d'admission au sein d'un bâtiment unique

Axe 3.2 - Diversifier l'offre territoriale par un recours facilité aux prises en soin à temps partiel



Axe 3.3 - Renforcer les prises en soin ambulatoires au sein des CMPS en partenariat avec les dispositifs de soins coordonnés du territoire (CPTS, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ...) et les professionnels libéraux,

Axe 3.4 - Prévenir la crise et conforter les dispositifs de gestion de crise.

Axe 3.5 – Consolider l'offre de soin pour les personnes âgées (65 ans et plus)

× Préciser le projet de soin ambulatoire de l'IPPA et son articulation avec les dispositifs de soins sectoriels

× Harmoniser les modalités d'intervention de l'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée auprès des CMPS

× A échéance du projet, évaluer l'impact de l'évolution démographique de la population âgée de plus de 65 ans et proposer des ajustements de l'offre, le cas échéant

Axe 4 - Moderniser l'offre territoriale de soins en addictologie

Axe 4.1 - Adapter l'offre de soins en addictologie aux besoins, quel que soit le type d'addictions

Axe 4.2 – Redéfinir les modalités de prises en soin en hospitalisation complète des patients présentant des pathologies psychiatriques invalidantes et des troubles addictifs

Axe 4.3 - Préciser les parcours territoriaux de soins en addictologie au sein du GHBA :

× Consolider le fonctionnement de l'hôpital de jour territorial et mettre en place le guichet unique territorial

× Redéfinir la gouvernance de la FMIHA

× Définir l'organisation territoriale cible, à 4 ans, des soins en addictologie et préciser la trajectoire durant la période transitoire

Axe 4.4 - Définir et mettre en œuvre le projet de SMR Addictions

Axe 5 - Créer un dispositif de soins dédié à la psychiatrie légale

Axe 5.1 - Définir un modèle de traitement des expertises

Axe 5.2 – Préciser les modalités de traitement des soins pénalement ordonnés

Axe 5.3 - Définir le projet de prise en soin des détenus avec le nouveau centre pénitentiaire

Axe 5.4 - Favoriser l'émergence d'une équipe pluridisciplinaire experte



Liste des acronymes

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHBA : Centre Hospitalier Bretagne Atlantique

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPS : Centre Médico-Psychologique de Secteur

CPEA : Centre Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

EMPPA : Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PPP : Projet de Prise en charge du Patient

PPsP : Projet de Prise en soin du Patient

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

SAPL : St-Avé Ploërmel Locminé

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

VMA : Vannes Muzillac Auray



III - PROJET SOCIAL

Composante essentielle du projet d'établissement, le projet social 2024-2027 de l'EPSM Morbihan a été construit par un groupe de travail pluri-professionnel.

Piloté par la direction des ressources humaines, ce groupe comprend des professionnels des différents métiers présents à l'EPSM et fonctionne de manière participative afin que tous les points de vue puissent être exprimés et entendus.

Chaque idée a été débattue, toujours dans l'idée de répondre au mieux aux besoins de l'établissement et aux attentes des professionnels.

Le fruit de ces échanges a permis de dégager 5 axes de travail, traduits par des actions concrètes dont l'esprit est détaillé ci-dessous. Le détail de la mise en œuvre opérationnelle prévue figure dans les fiches actions, complétées d'un indispensable calendrier qui sera le principal outil de suivi de l'avancement des travaux.

1. Adaptation à l'évolution des besoins de l'établissement et des patients

En adéquation avec le projet d'établissement et notamment sa composante centrale du projet de prise en soins du patient, des évolutions se dessinent dans le paysage de l'EPSM Morbihan.

1.1 Développement de nouveaux métiers hospitaliers

L'évolution des besoins des patients, des référentiels métiers et des organisations des unités invite à développer de nouveaux métiers: infirmier en pratique avancée, médiateur pair de santé, professeur d'activité physique adaptée, accompagnant éducatif et social, éducateur spécialisé, art-thérapeute...

Les missions de ces métiers seront précisées et leur présence renforcée auprès des patients et au sein de l'établissement.

1.2 Création d'une coordination des secrétaires médico-administratifs

Afin de proposer une meilleure qualité de service en favorisant l'harmonisation et l'amélioration des pratiques, une coordination des secrétariats médico-administratifs sera expérimentée.

La définition du périmètre de l'ensemble des acteurs sera précisée, en veillant à une bonne intégration des secrétaires médico-administratifs en proximité dans leurs services d'exercice.

1.3 Evolution de la fonction de coordination des assistants de service social

Déjà existante, la coordination des assistants de service social nécessite d'évoluer afin de permettre une optimisation des organisations et une harmonisation des pratiques, dans le respect du périmètre d'action et de responsabilité de chacun des acteurs. Cette évolution ne vient pas en contradiction avec l'affectation et le sentiment d'appartenance au service d'exercice.

1.4 Création d'un service de formations externes

Afin de répondre aux nombreuses demandes des partenaires en matière de formation en santé mentale, l'EPSM Morbihan va créer en son sein un organisme de formation continue.

Visant à renforcer à la fois l'attractivité des métiers en psychiatrie en valorisant les compétences des professionnels de l'EPSM, et le déploiement des savoirs dans son domaine d'exercice spécifique, cet organisme



de formation a pour ambition de proposer un catalogue de formations diversifiées, dont la qualité sera confirmée par la certification « Qualiopi » (désormais obligatoire).

1.5 Poursuite du projet de mobilité au service du projet professionnel de l'agent

Suite à la mise en œuvre du projet de mobilité pour les infirmiers, aides-soignants, et ASH, le groupe de travail dédié à la mobilité professionnelle a défini les priorités suivantes :

- Réévaluer et préciser les règles de mobilité aux professionnels déjà concernés
- Réaliser une communication adaptée de ces règles afin que l'ensemble des professionnels puisse se les approprier et réduire les incertitudes, en proposant un accompagnement individualisé si nécessaire
- Etendre les règles existantes aux professionnels de nuit, avec un calendrier adapté
- Etendre le principe de la mobilité à l'ensemble des métiers, avec des modalités spécifiques si nécessaire

1.6 Définition des modalités de réponse aux demandes de reconnaissance financière

Le volet financier constitue une possibilité non exclusive mais néanmoins importante de réponse aux attentes des professionnels en matière de reconnaissance.

Pour cela, plusieurs possibilités seront étudiées comme par exemple le versement de la prime d'engagement collectif, de forfaits d'heures supplémentaires pour les professionnels assurant une activité spécifique (formateurs internes, tutorat, référents temps de travail).

1.7 Sensibilisation aux enjeux liés à la Responsabilité Sociale et Environnementale

Afin de garantir la cohérence avec le projet d'établissement qui place la RSE au titre des engagements forts de l'EPSM Morbihan, les professionnels bénéficieront de formations sur ce thème central.

La prise en compte des enjeux environnementaux sera inscrite en préambule de chaque groupe de travail.

1.8 Evaluation des renforts de psychologues en l'absence de psychiatres

La pénurie de ressources humaines médicales en psychiatrie s'inscrit durablement dans le fonctionnement de l'EPSM Morbihan.

Il importe donc d'évaluer les solutions partielles mises en place à titre expérimental par le renfort assuré par des psychologues, afin de confirmer ou de modifier ce recours dans la durée.

Afin de permettre ces développements dans la mise en œuvre du projet d'établissement, sans mettre à mal l'équilibre budgétaire, la consolidation de certaines règles et l'optimisation des moyens seront des préalables nécessaires.

2. Consolidation des règles de gestion des ressources humaines et optimisation des moyens

2.1 Révision des maquettes d'effectifs

Les maquettes d'effectifs de l'ensemble des unités doivent être revues et validées, en débutant en priorité par les unités concernées par des déménagements et/ou réorganisations.

Parallèlement, les effectifs de grève seront mis à jour, conformément à la réglementation.

Ce travail passera par le nécessaire questionnement de l'adéquation des tâches à chaque métier et organisation.



2.2 Définition d'une politique de remplacement

Afin de clarifier le fonctionnement pour l'ensemble des acteurs concernés, une réflexion doit être menée sur les règles de remplacement internes au service, au pôle et à l'établissement.

Cette politique ne vise pas à réduire le volume de remplacement ni à rigidifier le fonctionnement.

Elle a pour objectif d'une part d'objectiver la situation et d'améliorer la connaissance par les professionnels de l'ampleur des moyens de remplacement déployés au quotidien par l'institution (état des lieux), et d'autre part de faciliter le travail des cadres qui œuvrent au quotidien pour garantir la continuité des soins en identifiant des leviers d'action supplémentaires.

2.3 Evolution des règles de gestion du temps de travail

Sujet central dans le quotidien des professionnels hospitaliers, le temps de travail mérite une attention particulière pour mieux répondre aux besoins.

.Fiabilité des informations : le référentiel du temps de travail doit être mis à jour et faciliter son utilisation par l'ensemble des acteurs. Des formations sur les règles relatives au temps de travail seront proposées à l'encadrement pour accompagner son appropriation.

.Identification des interlocuteurs : un ou des référents Temps de travail doivent être désignés et formés à cet effet afin que chaque question trouve une réponse.

.Adaptation aux nouvelles organisations de travail : la semaine en 4 jours (ou 4.5 jours) pourra être expérimentée par les services volontaires, suivant des conditions préalablement définies.

.Evolution des pratiques: les trames de planning doivent être à jour dans le logiciel du temps de travail, et les besoins en personnel doivent être saisis annuellement de manière anticipée, afin d'exploiter au mieux les fonctionnalités de l'outil.

2.4 Actualisation des profils de postes au fil de l'eau

Chaque agent doit disposer d'un profil de poste à jour auquel se référer.

Chaque professionnel doit disposer d'une fiche de tâches sur le poste qu'il occupe (doivent être travaillés en priorité les fiches de tâches des ASH remplaçants exerçant en 7h, ASH exerçant en CPEA).

3. Prévention des risques professionnels

La prévention des risques professionnels est un sujet prioritaire tant pour les agents que pour l'établissement au titre de ses obligations réglementaires. La mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels ayant été réalisée en 2022 et le Papripact validé en 2023, il importe désormais de poursuivre la dynamique de mise en œuvre.

3.1 Mise en œuvre du Papripact

La mise en œuvre du Plan d'actions de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact) suppose de définir une organisation de pilotage stable et des référents clairement identifiés.

3.2 Mise à jour du DUERP

Pour les services non concernés par un déménagement ou une réorganisation, la mise à jour du DUERP doit être assurée au fil de l'eau par l'encadrement, avec un pilotage par une direction identifiée.



Le projet immobilier doit également être intégré dans le document unique, avec une analyse spécifique pour les services concernés par un déménagement ou réorganisation. Cette analyse sera portée par le responsable de la prévention des risques en associant les équipes et l'encadrement.

La prise en compte des risques professionnels doit également être assurée dès la conception des projets de construction par le responsable de la prévention des risques professionnels.

3.3 Mise en service de la plateforme de commande de chaussures professionnelles

Suite à une réflexion de plusieurs années, la réflexion territoriale visant à recourir à une plateforme de commande de chaussures professionnelles aboutira au cours de ce projet social. La mise en service de cet outil a pour objectif de réduire les risques de chutes, glissades, et écrasement, en encourageant le port de chaussures professionnelles adaptées.

3.4 Mise en œuvre du plan d'action sur les Risques Psycho-sociaux

Après la réalisation d'un diagnostic des Risques Psycho-Sociaux un plan d'actions a été défini qu'il convient maintenant de mettre en œuvre.

4 axes de travail ont été identifiés, avec pour chacun des axes de prévention primaire, secondaire, et tertiaire :

- Processus de dialogue sur le travail
- Stratégie d'accompagnement du changement
- Management et dialogue social
- Efficience et organisation du travail

3.5 Maintien et accompagnement au retour à l'emploi

Le maintien et le retour au travail sont une préoccupation centrale pour les établissements de santé dont la ressource humaine est particulièrement exposée à une multitude de risques. Pour cela, l'EPSM Morbihan développera différentes actions de sensibilisation et d'accompagnement au handicap au travail.

Par ailleurs, une attention particulière sera portée sur la prévention et l'accompagnement des problématiques d'alcool et stupéfiants au travail. A la frontière entre les champs professionnel et personnel, écartelée entre le traitement d'une problématique de santé et une approche répressive, cette problématique suppose un accompagnement spécifique pour lequel une réflexion collective doit être engagée.

4. Ressources Humaines médicales

Souvent oubliés des projets sociaux, les professionnels médicaux présentent des besoins spécifiques qu'il importe de prendre en compte.

4.1 Plan attractivité et fidélisation médicale V2

Le plan d'amélioration de l'attractivité médicale, défini en 2022, doit être réactualisé en tenant compte du contexte et des enjeux actuels. Piloté conjointement par la présidente de la CME et la direction des affaires médicales, cette actualisation visera à la fois à attirer de nouveaux talents et à permettre aux professionnels médicaux présents de continuer à exercer dans des conditions propices à l'épanouissement professionnel.

4.2 Favoriser le collectif médical par des temps d'échange au sujet des carrières médicales

Les conditions d'exercice des professionnels médicaux ne sont pas toujours propices à des rencontres permettant l'inter-connaissance et les échanges informels. Cette problématique associée à la complexité des règles de gestion des carrières médicales et à l'évolution des statuts conduit la Direction des affaires médicales



à proposer plusieurs fois par an des « cafés de la DAM ». Ces temps d'échange portent sur une thématique définie et permettent de rapprocher les acteurs par une meilleure compréhension mutuelle.

4.3 Amélioration de la qualité de l'accueil institutionnel

Les nouveaux professionnels médicaux sont très attendus et l'accompagnement de leur arrivée doit être soignée. Les impératifs du quotidien et le rythme rapidement soutenu doivent être contrecarrés par une organisation claire et structurée de l'accueil institutionnel et des outils adaptés.

Ainsi un parcours d'accueil doit être défini, incluant la journée institutionnelle proposée à tous les nouveaux professionnels et renforcé de temps d'échange spécifiques pour les professionnels médicaux (RDV avec Directeur Général et présidente de la CME à l'arrivée puis 3 mois après).

Un livret d'accueil comprenant l'ensemble des informations utiles et nécessaires à la prise de fonctions sera remis à tout nouvel arrivant.

Enfin, la prise de contact avec les partenaires extérieurs (réseau institutionnel, professionnels libéraux, etc) sera facilitée et organisée par l'EPSM.

4.4 Amélioration des outils GTT

La pertinence du recours à un outil spécialisé de gestion du temps de travail médical sera instruite afin de répondre à un triple objectif :

- renforcer la fiabilité des données transmises en paie
- limiter le remplissage et l'envoi de formulaires papier
- gagner du temps aux différents acteurs concernés par la gestion du temps de travail médical, à commencer par les médecins et chefs de pôles eux-mêmes

4.5 Accompagnement personnalisé

Tout au long de leur parcours à l'EPSM les professionnels médicaux doivent pouvoir compter sur une écoute et un accompagnement individualisé permettant de tenir compte de leurs attentes et situations spécifiques.

Des rendez-vous individuels sont donc systématiquement proposés, avec les interlocuteurs les mieux à même de répondre aux besoins du professionnel.

4.6 Accompagnement spécifique pour les internes dans toutes les phases de leur formation

Médecins de demain, les internes exerçant à l'EPSM bénéficient d'une attention particulière.

Afin d'augmenter les chances de l'EPSM Morbihan d'accueillir des internes, la visibilité des offres de stages proposées sera améliorée.

Dès l'arrivée des internes, l'accueil institutionnel sera repensé afin de mieux répondre aux attentes des internes et de mettre en valeur le potentiel d'évolution à l'EPSM Morbihan.

Un entretien de début de stage sera proposé par le médecin responsable du stage, afin de définir les objectifs et attentes de l'interne, et d'y répondre au mieux suivant les possibilités du poste.

L'offre de compagnonnage, assuré par un PH différent du responsable de stage, sera pérennisée en complément de la seniorisation dans le service d'exercice de l'interne.

Un bilan de « mi-semestre » sera réalisé par la direction des affaires médicales avec le président des internes et la présidente de CME afin de déceler d'éventuelles difficultés et de répondre au mieux aux attentes et projets exprimés.

4.7 Valorisation des initiatives et projets médicaux (recherche, innovation, ...) en lien avec la direction de la communication

Afin de renforcer la visibilité des actions et projets portés par l'EPSM Morbihan par les professionnels médicaux internes et externes à l'EPSM, la direction assurera une communication renforcée sur les initiatives notables, au service des patients ou des professionnels.



4.8 Valorisation et facilitation de l'accès à la formation et à la documentation

Les professionnels médicaux de l'EPSM Morbihan bénéficient d'un accès facilité à la formation médicale continue ainsi qu'à des ressources documentaires conséquentes et de qualité.

Ces atouts doivent être valorisés et encouragés au profit de l'attractivité médicale et d'un exercice médical de qualité.

4.9 Mise en valeur des atouts du travail hospitalier

Afin de renforcer la satisfaction au travail et l'attractivité médicale, les atouts du travail hospitalier en psychiatrie doivent être mis en avant par l'EPSM Morbihan: disponibilité d'outils de travail performants, pluri-professionnalité, diversité des types de patients, modalités d'exercice variées, ..., autant de forces à valoriser aux yeux de potentiels candidats.

4.10 Proposer un espace d'échange sur le travail médical et son évolution avec les autres métiers

L'apparition de nouveaux métiers (infirmier en pratique avancée, case manager, internes en phase de consolidation...) ainsi que l'évolution des attendus vis-à-vis des médecins-managers, modifie en profondeur le travail médical.

Un espace de discussion portant sur le travail médical en milieu hospitalier permettra de partager les adaptations nécessaires et les leviers d'accompagnement de ces changements.

5. Qualité de Vie et Conditions de Travail

Axe central du projet social, l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail comporte de nombreux leviers d'action.

5.1 Réflexion sur les conditions de déclenchement des heures supplémentaires et communication de règles claires

Le recours à la rémunération des heures supplémentaires réalisées est devenu incontournable dans certaines situations ou à certaines périodes.

La définition des conditions de déclenchement, et la communication claire de ces règles doivent être davantage approfondies afin de lever des incertitudes encore trop nombreuses et délétères pour le sentiment de reconnaissance perçue par les professionnels.

5.2 Analyse de l'évolution de l'absentéisme

La problématique de l'absentéisme est aujourd'hui centrale pour les professionnels de l'EPSM, qui sont tous impactés plus ou moins directement.

En lien avec les actions 2.1 et 2.2 relatives à la politique de remplacement et la révision des maquettes d'effectifs, les indicateurs de l'absentéisme seront précisés et analysés afin d'identifier des facteurs d'évolution permettant une amélioration.

Une attention particulière sera portée sur les structures médico-sociales et notamment les MAS, qui présentent les taux d'absentéisme les plus élevés.

5.3 Amélioration de l'offre de logements à destination du personnel

Les difficultés d'accès au logement dans le bassin vannetais constituent d'une part un frein à l'attractivité et d'autre part un élément péjoratif pour la conciliation vie professionnelle – vie personnelle des agents (augmentation du temps et du coût des trajets notamment).

L'EPSM Morbihan, en tant qu'employeur, a la possibilité de soutenir les professionnels dans leurs recherches en proposant un parc de logements temporaires.

Pour que cette offre constitue réellement un atout, il est indispensable de définir les règles d'attribution et d'entretien de ces logements.



En lien avec l'action portée par la commission égalité professionnelle, une attention particulière sera portée pour permettre à des professionnels de recourir à un logement dans des situations d'urgence telles que les violences intra-familiales par exemple.

Dans le cadre du SDIE+ de l'établissement, l'adaptation et la diversification de l'offre existante sera étudiée.

5.4 Poursuite de la démarche QVCT

La démarche QVCT lancée en 2021 pour les pôles médico-social, management, et médico-technique, sera poursuivie pour les pôles cliniques.

En parallèle, les plans d'actions lancés pour les premiers pôles se poursuivent, et le groupe de travail pluri-professionnel assurera un retour vers les professionnels de ces pôles pour les informer des avancées en cours ou à venir, et éventuellement identifier de nouvelles problématiques.

5.5 Réalisation d'un baromètre social

Afin d'observer les effets de la démarche QVCT, et de comparer l'EPSM avec d'autres établissements similaires, le baromètre social proposé par l'ANFH aux hôpitaux bretons sera déployé régulièrement.

5.6 Mise en œuvre de la démarche spécifique QVCT cadres

Après la définition du plan d'actions, l'étape de mise en œuvre doit être enclenchée :

- Travail sur les outils des gardes de cadres
- Charte du bon usage des mails
- Amélioration de la gestion et de l'animation des réunions
- Adaptation de la charge de travail ponctuelle (incluant la question du remplacement des cadres)
- Structuration d'un collectif cadre avec un lieu dédié
- Refonte du parcours de sélection et de formation des faisant fonction cadres de santé

5.7 Démarche spécifique professionnels de nuit

Les difficultés d'attractivité et les conditions d'exercice spécifiques aux professionnels de nuit, ainsi que la difficulté à les associer aux démarches QVCT « classiques » conduisent l'EPSM Morbihan à lancer une démarche d'amélioration de la QVCT spécifique pour ces professionnels.

Il s'agira de construire un diagnostic préalable permettant de construire un plan d'actions, par l'animation d'espaces de discussion sur le travail de nuit.

Différentes actions pourront alors être envisagées comme, à titre d'exemple :

- construire un programme d'accueil spécifique (doublure, passage de jour -vs passage de nuit d'un agent de jour- présentation des lieux et des organisations de sécurité)
- questionner la pertinence de la nécessaire mixité des équipes de nuit
- imaginer des modalités innovantes de participation aux temps d'équipe
- développer la prévention des risques spécifiques au travail nocturne
- réfléchir aux missions spécifiques des professionnels de nuit

5.8 Imaginer des actions d'attractivité pour les métiers du soin

Afin d'endiguer la « crise des vocations » des métiers du soin, il semble pertinent d'agir sur les projections professionnelles des jeunes avant même qu'ils ne fassent leurs choix d'orientation. Pour cela l'EPSM s'engage pour développer des partenariats avec des lycées, et proposer un parcours de découverte des métiers du soin qui soit compatible avec la sécurité des soins et le bon fonctionnement des services.



5.9 Egalité professionnelle :

Fortement engagé pour l'affirmation de l'égalité professionnelle au titre de ses valeurs fortes, l'EPSM poursuit les travaux initiés par les groupes de travail depuis 2022 :

- Le soutien à la parentalité et aux proches-aidants : identification des situations complexes qui existent, afin de proposer quand c'est possible, des solutions institutionnelles
- Les stéréotypes de genre : mettre fin au plafond de verre, améliorer la mixité des métiers, l'évolution professionnelle et les relations interpersonnelles
- La lutte et les prises en charge des violences sexistes et sexuelles, harcèlement et discrimination ;
- Communication sur l'égalité professionnelle : création d'une journée dédiée annuellement, sensibilisation et formation des agents.

A ces thématiques s'ajoute la volonté de travailler sur la santé des femmes au travail (suite à un rapport du Sénat) et en particulier la santé mentale des femmes dans le monde de la santé (suite à un rapport de l'assemblée nationale).

Le travail de coopération locale sera poursuivi et si possible étendu à une coopération internationale.

5.10 Proposer une diversité de solutions de gardes d'enfants

Problématique majeure pour l'égalité professionnelle et plus largement la conciliation vie professionnelle-vie personnelle, et même parfois frein à l'attractivité, la rareté des modes de garde adaptés aux horaires atypiques doit être mieux prise en compte par l'EPSM Morbihan.

En plus des places de crèche proposées au CHBA et de la maison d'Assistantes Maternelles existante à St Avé, l'EPSM proposera des places réservées à ses professionnels dans des lieux d'accueil réparties sur le territoire de santé et proposant des horaires atypiques.

5.11 Mise à disposition d'une salle de sport

La diffusion d'une enquête portée par la CFDT en 2023 a permis d'identifier une attente de la part des professionnels pour bénéficier d'un accès facilité aux activités de sport en salle. Pour y répondre, l'EPSM mettra à disposition un local et du matériel dédié, ainsi qu'un accompagnement par un professionnel qualifié.

5.12 Vis mon travail

Afin de permettre et favoriser la connaissance mutuelle entre les professionnels, la DRH initiera un « Vis ma vie » au travail. Basé sur le volontariat, il permettra de découvrir les contraintes, intérêts, et préoccupations des professionnels de métiers ou services très différents du sien.

5.13 Répondre au besoin de reconnaissance

Le sentiment de reconnaissance ressort massivement des questionnaires QVCT comme l'indicateur le moins satisfaisant pour les professionnels répondant.

Afin d'y répondre, il sera donc nécessaire d'identifier précisément quelles sont les attentes des professionnels parmi la diversité de signes de reconnaissance qui existent, avant d'imaginer les actions permettant d'y répondre. De la présence accrue de la direction auprès des professionnels à la mise en avant de « ce qui se passe bien », en passant par la personnalisation des informations diffusées au sein de l'établissement (arrivées/départs), le panel des possibilités est vaste.

5.14 Assurer une présence et attention renforcée avec les équipes rencontrant une situation singulière

Différents évènements difficiles peuvent être rencontrés par les équipes (décès de patient, évènement grave...). Une attention particulière doit alors être apportée par la direction afin de soutenir l'équipe et de s'assurer que l'accompagnement adapté est proposé.



5.15 Prise en compte de la notion de QVCT dans le SDIE+

La conception du Schéma Directeur Immobilier et Environnemental à Energie positive (SDIEE+) repose sur les principes du développement durable et de transition écologique en santé, qui engagent l'EPSM dans une action de Responsabilité Sociale et Environnementale. A ce titre, la QVCT sera une préoccupation centrale du projet afin de permettre un environnement, des outils de travail et un schéma de mobilité compatibles avec ces objectifs.

6. Annexes

Fiches actions détaillées

Calendrier de mise en œuvre opérationnelle

Actions prioritaires :

RH Médicales

Reconnaissance

Politique de remplacement



IV- PROJET QUALITÉ GESTION DES RISQUES

L'EPSM Morbihan se doit d'instaurer une organisation solide en matière de management de la qualité et de gestion des risques, afin d'assurer un cadre de soins efficace et sécurisé pour les patients et résidents pris en charge. Au cœur de cette structure, le management de la qualité est défini à travers un comité de pilotage qualité risques évaluation (COPIL QRE), co-présidé par le Directeur et la Présidente de la Commission Médicale d'Établissement (CME) de l'EPSM. Cette approche stratégique garantit une gouvernance partagée et une implication des différentes parties prenantes dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

La mise en œuvre de la politique qualité se concrétise par l'activité d'un comité Qualité Risques Evaluation (comité QRE), pilotée par la Direction qualité. Cette direction bénéficie de l'appui du Directeur des soins relations usagers et du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, ainsi que de correspondants qualité, représentant un corpus de professionnels des pôles et unités de l'établissement. Les missions de ces correspondants sont variées et essentielles ; elles englobent la sensibilisation, la formation et l'implémentation des démarches d'évaluation au sein des structures.

Un rôle primordial est également attribué aux représentants des usagers, qui participent au suivi de la qualité des soins et sont régulièrement informés des actions menées et des résultats obtenus. Leur contribution garantit que la voix des patients, des résidents, des familles et proches-aidants soit entendue et intégrée dans le processus d'amélioration continue, renforçant ainsi la transparence et la pertinence des pratiques.

L'appropriation d'une culture de qualité et de sécurité des soins est indispensable et doit impliquer l'ensemble des professionnels. À ce titre, la Commission Médicale d'Établissement, la Commission des Soins et leurs sous-commissions respectives et/ou comités jouent un rôle clé en veillant à ce que les principes de qualité soient intégrés dans les pratiques quotidiennes et soutenus par des échanges constructifs et des retours d'expérience.

Dans cette démarche, le management de la qualité et la gestion des risques ne se présente pas seulement comme une obligation réglementaire, mais comme un levier pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients/résidents, renforçant ainsi la confiance des usagers dans les prises en charge au sein de l'EPSM Morbihan.

Le projet qualité, intégré au projet d'établissement 2024-2028 de l'EPSM repose ainsi sur une organisation se déclinant en quatre axes de travail et 23 objectifs issus des recommandations de la HAS, de textes réglementaires et d'un large travail collectif interne à l'établissement en lien avec les acteurs précités.



AXE N°1 - Faire évoluer le système de Management Qualité et Gestion des Risques

Objectif 1.1 – Définir et déployer une politique qualité et gestion des risques

Constats :

La politique qualité gestion des risques s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement et prend en compte le système de management qualité gestion des risques du Groupement Hospitalier de Territoire. Elle prévoit un dispositif permettant de s'assurer que cette politique est diffusée, accessible et connue de l'ensemble des professionnels.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Formaliser la politique qualité gestion des risques 2024/2028
- Diffuser la politique qualité gestion des risques 2024/2028 selon les modalités de communication de l'EPSM
- Présenter la politique qualité gestion des risques 2024/2028 aux professionnels par l'intermédiaire des instances

Responsables : Directeur, Président de la CME, co-pilotes du processus Management, Stratégie, Gouvernance.

Indicateur(s) de suivi : Politique diffusée et affichée au sein des unités.

Objectif 1.2 – Favoriser l'appropriation de la culture qualité et sécurité des soins

Constats :

Extrait rapport certification HAS 2022 :

« L'établissement a défini ses orientations stratégiques et notamment en termes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Leur déclinaison en objectifs stratégiques pouvant faire l'objet d'un plan d'actions est suivie dans le cadre de revues annuelles. Ces objectifs sont fondés sur un principe général de management par la qualité et la sécurité des soins. Il en va de même pour la définition collective de valeurs portées par l'EPSM. L'information des professionnels sur les actions concrètes du programme qualité (PAQSS) est assurée notamment dans le cadre de temps de réunion et d'échange. Des correspondants qualité polaires ont été identifiés. »

« Le site Intranet de l'établissement, intégrant la gestion documentaire, est un outil de communication important et connu des professionnels. Le PAQSS est à disposition des professionnels dans cette gestion documentaire et connu. Il est présenté annuellement aux différentes instances de l'établissement qui peuvent ainsi apporter leur avis sur les actions proposées »

L'EPSM s'engage à ce que la culture de la sécurité des soins soit portée par tous les professionnels.

Il s'appuie notamment sur le pool des correspondants qualité, constitué d'une cinquantaine de personnes, qui assure des missions d'évaluations, d'analyses de pratiques, de formalisation de protocoles...

La CME devra porter les messages et les actions qualité, soit comme pilote soit comme participante aux démarches d'évaluation et de gestion des risques. Elle devra devenir une partie prenante active.



Le PAQSS restera l'outil privilégié de pilotage des actions. Le partage d'expérience des représentants d'usagers sera de plus en plus favorisé.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Intégrer dans un PAQSS global les plans d'actions issus des différentes sources d'alimentation disponibles : évaluations, FEI, analyses de causes, cartographie des risques ...
- Assurer un suivi régulier du PAQSS par la mise en place de revues de processus annuelles couvrant l'ensemble des thématiques et processus
- Mettre en place des mesures d'impact et définir des indicateurs de mesure de résultats
- Communiquer régulièrement auprès des professionnels concernés les actions suivies dans le PAQSS

Responsables : Directeur qualité, Direction des soins, Président de CME.

Indicateur(s) de suivi : résultats d'enquête sur la culture sécurité ; nombre de psychiatres correspondants qualité ; suivi du PAQSS

Objectif 1.3 – Consolider le Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS)

Constats :

Les évaluations et analyses de risques réalisées ne se traduisent pas toujours par l'identification d'objectifs d'amélioration mesurables ni par un plan d'action d'amélioration formalisé, qui puissent être intégrés aux PAQSS de l'établissement.

Le dispositif d'évaluation périodique (revue de processus) n'a pas été réalisé depuis 2021/2022.

Les actions d'améliorations mises en œuvre pour l'ensemble des thématiques ne sont pas toutes intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les professionnels ne sont pas tous informés des actions menées.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Prévoir un point qualité systématique à toutes réunions de la CME et au sein de la CSIRMT
- Intégrer davantage de médecins psychiatres au pool de correspondants qualité
- Réaliser une évaluation annuelle de la culture de la qualité et sécurité des soins

Responsables : Direction qualité, pilotes de processus

Indicateur(s) de suivi : nombre de revues de processus par an, nombre d'actions dans le PAQSS ; taux d'actions réalisées



Objectif 1.4 – Elaborer un plan de communication Qualité et Gestion des Risques

Constats :

La communication interne nécessite d'être optimisée par l'identification de moyens de communication ludiques et/ou innovants, tout en s'appuyant sur les outils de communication existant dans l'établissement, dans l'objectif de diffuser l'information à un maximum de professionnels.

La page qualité de l'intranet est actuellement très peu consultée des professionnels et ne constitue par un vecteur de communication efficace.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- **Communication interne :**
 1. S'appuyer sur les outils de communication existant pour assurer la diffusion de l'information relative à la Qualité gestion des risques
 2. Reconsidérer le système d'information Qualité gestion des risques et l'articulation entre intranet / logiciel de gestion documentaire (uniquement dédié aux documents Qualité)
 3. Reprendre l'organisation de journées Qualité à fréquence annuelle
 4. Concevoir et diffuser à fréquence régulière une lettre d'information exclusivement dédiée aux sujets Qualité et gestion des risques
 5. Développer des moyens permettant de favoriser les retours d'expérience de bonnes pratiques entre les pôles / services - identifier des espaces temps pour communiquer sur les bonnes pratiques au sein des pôles
- **Développer le travail en réseau :**
 6. Poursuivre la collaboration avec les structures d'appui et réseau de qualitiens
 7. Partager les outils avec les équipes qualité des établissements du GHT et de la région
 8. Participer à des congrès ou colloques permettant de diffuser les retours d'expériences de bonnes pratiques.

Responsables : Direction qualité, service communication

Indicateur(s) de suivi : nombre de lettre qualité par an ; nombre d'événementiels qualité ; taux de satisfaction des outils de communication qualité

Objectif 1.5 - Mettre en œuvre une politique institutionnelle de développement durable

Constats :

Le diagnostic des consommations (eau, énergie) de l'EPSM a besoin d'être mis à jour. La démarche développement durable s'appuie sur un référent Développement Durable, un CODIR modérateur ainsi qu'un COPIL. La politique Développement Durable a été partagée avec les acteurs du territoire ainsi que le comité territorial du GHBA. L'EPSM dispose d'une filière déchets, d'une politique Développement Durable Risques et sécurité Environnementale ainsi qu'un plan d'actions.

Des actions de sensibilisation sont réalisées plusieurs fois par an.



Plan d'amélioration :

ACTIONS

- **Environnement** : énergie positive Consommation négative, maîtriser nos activités
 - Réduire les consommations d'énergie
 - Maîtriser l'ensemble des pollutions liées à l'activité de l'EPSM pour 2035
 - S'engager dans l'écoconception des soins
 - Réaliser une neutralité carbone à 2050
- **Social** : organiser la gouvernance du développement durable au service de l'attractivité professionnelle
 - Mettre en œuvre un CODIR modérateur
 - Vérifier la cohérence de l'activité avec les objectifs de DD
 - Poursuivre l'activité le COPIL QVCT ainsi que le groupe égalité pro en action
- **Sociétal** : limiter et optimiser les déplacements, inciter aux transports alternatifs
 - Mise en œuvre d'un plan de mobilité pour validation en 2025
- **Economique** : l'ISO 20400 au service de nos acheteurs
 - Imposer l'ISO 20400 dans les critères de choix à échéances des prochains marchés (2024-2028)
- **Transverse** : intégrer l'écologie responsabilité comme objectif stratégique
 - Intégrer les filières biologiques et locales dans les échanges avec le SILGOM
 - Continuer à développer les partenariats et les réseaux avec les parties prenantes.

Responsables : pilote du Développement Durable, CODIR modérateur, pilotes du processus logistique

Indicateur(s) de suivi : consommation par type de bâtiment (ERT/ERP) par an, cartographie des réseaux, commande de consommables à usage unique, nombre d'actions DD validées, diminution de l'absentéisme, des accidents de travail, troubles musculo-squelettiques, résultats des enquêtes, pourcentage des contractuels, nombre de signalement, nombre de participants aux journées égalité professionnelle, nombre d'agents percevant la prime de mobilité, statistique de covoiturage, pourcentage de bio dans l'alimentation, pourcentage de fournisseurs locaux.

Objectif 1.6 – Mettre en œuvre une politique de qualité de vie et des conditions de travail

Constats :

Depuis 2021, la DRH de l'établissement poursuit une démarche d'amélioration de la QVCT pour chaque pôle, basée sur le déploiement d'Espaces de Discussion sur le travail et de questionnaires, animés par des membres du groupe de travail pluri-professionnel.

Le baromètre social est diffusé annuellement à compter de novembre 2024 permettant de mesurer l'évolution des indicateurs et l'avis des professionnels sur leurs conditions de travail.

Une démarche d'amélioration de la QVCT spécifique pour les cadres a été initiée en 2023. Cela a permis d'identifier des besoins en formations spécifiques portant notamment sur l'animation de réunions et la conduite de projet. Une démarche de co-développement est également initiée en 2025.

Le recrutement d'un psychologue du travail a été réalisé en 2022. Il assure trois missions principales : la prévention et régulation de conflits d'équipe, le soutien individuel aux professionnels, et la mise en œuvre du plan de prévention des risques psychosociaux dont une action phare est le déploiement des démarches de concertation et de co-construction des projets d'unités.

Le déploiement des entretiens annuels pour chacun des professionnels est achevé depuis 2022, avec notamment la révision du calendrier de recueil des besoins en formation qui permet de valider le plan de



formation de manière anticipée (année N – 3 mois). Ceci permet de proposer un plan de formation émanant des demandes des agents, et des évaluations de compétences individuelles et collectives tout en facilitant la planification des formations et donc leur mise en œuvre.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Poursuivre une démarche d'amélioration de la QVCT pour chaque pôle, basée sur le déploiement d'Espaces de Discussion sur le travail
- Diffuser annuellement le baromètre social
- Initier un groupe de co-développement

Responsable : Directrice des ressources humaines (pilote du processus Gestion des Ressources Humaines et Qualité de Vie au Travail)

Indicateur(s) de suivi : baromètre social, taux d'absentéisme, nombre de candidature et le taux de turn-over indicateurs d'attractivité de l'établissement, taux d'accidents du travail et maladies professionnelles.

AXE N°2 - Améliorer le système d'analyse des risques

Objectif 2.1 – Mettre à jour et optimiser l'outil relatif à la cartographie des risques a priori

Constats :

Depuis 2011, l'établissement a effectué un recueil très exhaustif des risques. La cartographie des risques à priori a été remise à jour en 2015 et en 2021 sur l'ensemble des processus.

Cette cartographie des risques nécessite d'être actualisée au regard des évolutions mises en place depuis 2021 et la dernière visite de certification de la HAS.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Mettre à jour la cartographie des risques à priori pour l'ensemble des processus
- Développer une cartographie des risques sur BlueMedi afin de favoriser l'appropriation par les pilotes de processus

Responsable : Direction qualité, pilotes de processus Management de la Qualité et des risques

Indicateur(s) de suivi : cartographie des risques à jour et diffusée



Objectif 2.2 – Former des professionnels pour développer les analyses des causes

Constats :

Rapport de certification de septembre 2022

« L'EPSM Morbihan a mesuré les enjeux liés à la sécurité des soins, a identifié les risques liés à ses pratiques et veille à mettre en place tout ce qui peut les éviter ou les réduire (...). Les équipes de soins fondent essentiellement l'évaluation de leurs pratiques sur le signalement des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Les EIAS sont déclarés et partagés mais seulement un tiers des équipes de soins rencontrées dans le cadre des parcours traceurs réalisent une analyse collective de ces évènements selon une méthode d'analyse des causes (ALARM) permettant de définir un plan d'actions d'amélioration ».

Suite à cela la FEI a été retravaillée avec les professionnels de santé et une nouvelle fiche de signalement a été déployée le 1^{er} janvier 2023, permettant notamment un meilleur suivi des réponses aux FEI.

Le circuit de gestion des FEI a été modifié avec la création, début 2023, de la cellule de cotation des EI, qui se réunit deux fois par mois. Son fonctionnement est défini dans son règlement intérieur.

Les procédures de gestion des EI et des EIG ont été revues en 2023.

En mai 2023, le directeur de l'EPSM, la Présidente de la CME et le directeur des soins se sont engagés dans la culture du signalement et ont signé une charte d'incitation à la déclaration des évènements indésirables.

Toutefois, afin de déployer sur l'ensemble des services la réalisation des analyses de causes, un programme de formation spécifique doit être engagé afin de développer l'expertise des professionnels dans ce domaine.

L'établissement s'appuiera sur des compétences externes et internes afin d'assurer la formation des professionnels identifiés.

Plusieurs sessions ont été organisées en 2024 et seront reconduites chaque année.

Les plans d'actions issus des analyses de causes et des comités de retour d'expérience devront être suivis.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Former les professionnels identifiés aux méthodologies d'analyses des causes, selon un programme pluri annuel de formation, intégré au plan de formation institutionnel
- Formaliser les outils relatifs à la réalisation des analyses de causes

Responsables : Responsable de la formation continue, Ingénieur qualité et gestion des risques

Indicateur(s) de suivi : nombre de personnes formées ; nombre d'analyses de causes / an et par pôle ; nombre d'actions correctives menées suite aux CREX



Objectif 2.3 – Maitriser la gestion des tensions hospitalières et anticiper les situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Constats :

L'EPSM a anticipé les risques et menaces auxquels il est confronté en identifiant toutes les situations pouvant générer des tensions.

Il a mis en place une réponse stratégique et opérationnelle pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc et les plans bleus, en conformité avec le plan ORSAN, intègrent le plan blanc numérique.

La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte dispose des outils et procédures adaptés.

La direction organise des exercices annuels afin de permettre l'appropriation du plan blanc par les professionnels.

Il reste toutefois à intégrer la gestion de crise au plan de formation institutionnel.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Constituer un groupe de travail SSE dont les référents SSE de l'établissement
- Tenir à jour le Plan Général de tension hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles (PGHTSSE)-plan blanc et les plans bleus intégrer les volets du plan ORSAN et le plan blanc numérique
- Continuer à former des référents SSE pour les sites avec sommeil en extra hospitalier et pour chaque Pôle en intra hospitalier
- Organiser des campagnes d'information/formations du personnel concernant les SSE et le fonctionnement du plan blanc.
- Organiser un exercice de gestion de crise pour les sites suivants :
 - Unités d'hospitalisation
 - La résidence Arc En Ciel
 - Les 2 FAM
 - Les 2 MAS

Responsable : Direction de la Logistique et des Travaux, référents SSE

Indicateur(s) de suivi : Nombre de formations et de campagnes d'informations réalisées, nombre d'exercice réalisés.

Objectif 2.4 – Maitriser les risques de sécurité numérique

Constats :

La gouvernance de la Sécurité des Systèmes d'Information et de la protection des données est réalisée à l'échelle du groupement :

- Un Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI) et un Délégué à la Protection des données (DPO) sont nommés
- Des COmités de PIlotage de la sécurité et de la protection des données sont organisés au moins 2 fois par an, dont l'EPSM est acteur (représentants de l'EPSM Morbihan : Directeur, médecin...).
- Un Plan d'Actions Sécurité est élaboré en prenant en compte :
 - o Les exigences des référentiels (instruction 309, MaturinH, guide d'hygiène de l'ANSSI)
 - o Les incidents de sécurité

Les documents de politique sont formalisés : Politique de Sécurité des Systèmes d'Information ; Charte de Bon usage des ressources numériques ; Charte télétravail ; Charte prestataires et fournisseurs.

L'établissement met en place des mesures de protection : accès distants en double authentification ; Mots de passe robuste ; Filtrage réseau ; Accès au système d'information à l'aide d'une carte CPS en double authentification.



Des actions de sensibilisation sont réalisées régulièrement pour inculquer les bonnes pratiques et faire connaître la conduite à tenir en cas d'incident. L'établissement se prépare en réalisant des exercices de gestion de crise cyber. Un contrat avec un Prestataire de Réponse à Incident de Sécurité (PRIS) est formalisé.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

Le plan d'amélioration vise à répondre aux exigences de sécurité formalisées dans les référentiels dont les mesures se recoupent notamment MaturinH et HAS.

• Évaluation des Risques

- Compléter et maintenir à jour la cartographie des applications et des flux.
- Compléter et maintenir à jour l'inventaire des équipements.
- Réaliser une analyse des risques des applications critiques.
- Actualiser la politique de Sécurité des SI pour prendre en compte de nouveaux objectifs de sécurité.

• Renforcement de la Sécurité des Données

- Elaborer la politique d'accès aux données sensibles et contrôler le respect des règles définies.
- Chiffrer les postes de travail en mobilité.
- Mettre en œuvre des dispositifs permettant des échanges de données sécurisés.
- Contrôler la bonne exécution des sauvegardes et réaliser des tests réguliers.

• Evaluation du niveau de sécurité

- Poursuivre les audits externes, internes (programme CaRE)

• Mettre en œuvre les mesures correctives.

• Partager ces audits avec la direction de l'établissement.

- Faire des tests techniques de continuité.

• Préparation de l'établissement en cas d'incident

- Elaborer le plan blanc numérique
- Actualiser le Plan de Continuité et de Reprise d'Activités (PCRA).
- Réaliser des exercices de gestion de crise cyber en impliquant les métiers.

• Sensibilisation et Formation

- Inscrire des sessions régulières de formation sur la cybersécurité et la protection des données pour tout le personnel au plan de formation institutionnel.
- Développer la culture de la sécurité (promouvoir une culture de sécurité où le personnel est proactif dans la détection et le signalement des anomalies).
- Identifier un ou des référents sécurité en relai du RSSI (fiche de poste, formation).

Responsable : RSSI, DPO, COPIL Protection des données et sécurité du SI

Indicateur(s) de suivi : Cartographie réalisée ; Inventaire ; Analyse des risques sur le DPI ; Nombre d'agents ayant bénéficié d'une formation/sensibilisation (par catégorie professionnelle) ; Atteinte des objectifs CaRE ; nombre d'exercice de gestion de crise cyber.

Objectif 2.5 – Maitriser le circuit du médicament

Constats :

Extrait rapport certification 2022 :

« Les bonnes pratiques concernant les étapes de dispensation et d'administration des médicaments sont respectées et les équipes sont attentives à l'utilisation des médicaments à risque (liste des médicaments à disposition, modalités de stockage, actions de sensibilisation des professionnels). Cependant, l'identification du médicament à risque s'arrête pour le moment à une identification sur le pilulier et pas sur le médicament lui-même. Ce point d'amélioration a été identifié par l'établissement qui s'est doté d'une nouvelle reconditionneuse permettant cette identification. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée et l'EPSM a identifié les profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des



traitements médicamenteux (patients de plus de 65 ans et conciliation inter établissements depuis 2019 pour les entrants du CHBA et les transferts entre l'EPSM et le CHBA) et cette conciliation est mise en œuvre pour ces patients. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. Une armoire d'urgence automatisée accessible aux cadres permet la dotation pour besoins urgents »

Au titre de la conciliation médicamenteuse, l'EPSM et le CHBA bénéficie d'un temps de pharmacien partagé entre les deux structures (traçabilité des traitements de sorties...)

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Mettre en œuvre l'automatisation et la centralisation de la PDA au sein de la PUI
- Renforcer la conciliation médicamenteuse
- Poursuivre en systématique un point management de la prise en charge médicamenteuse en CME
- Mettre en place la traçabilité des transports de produits de santé de la PUI vers les unités de soins
- Programmer des formations sur les médicaments à haut risques : Escape Game never events

Responsables : pilotes du processus Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Indicateur(s) de suivi :

- Nombre de lits bénéficiant de la PDAA
- Nombre de conciliations médicamenteuses réalisées
- Nombre d'erreurs médicamenteuses interceptées
- Points abordés en CME
- Nombre d'erreurs de livraison
- Nombre de participants à la formation sur les médicaments à haut risque

Objectif 2.6 – Maitriser la prise en charge des urgences vitales

Constats :

Extrait rapport certification 2022 :

« En termes de prise en charge des urgences vitales, les professionnels de soins sont formés. Un matériel d'urgence est à disposition des professionnels. Il est contrôlé à échéance régulière et scellé afin de garantir à tout utilisateur la conformité de son contenu et de son intégrité en cas de situation urgente. L'EPSM a défini un calendrier de mise en œuvre d'exercices de mise en situation pour les unités de soins. La procédure et l'affichage du numéro d'appel unique et direct vers un médecin compétent en cas d'urgence vitale sont en place ».

L'affiche avec le numéro d'appel unique a été remise à jour en 2023 et est diffusée dans l'ensemble des unités de l'EPSM.

Les professionnels de santé savent détecter les symptômes et engager les premiers gestes d'urgence, à l'aide des sacs d'urgence et défibrillateurs (DSA) accessibles dans les unités.

Il existe des autocontrôles des DSA dans les unités de soins.

Toutefois, le contrôle du fonctionnement des DSA (27), des consommables associés, l'identification sur sites (médico-social, structures intra, extra-hospitalières, pédopsychiatrie) et la plateforme nationale, reste à sécuriser (approche biomédicale).

Une réflexion doit être menée quant à la création d'un poste partagé d'agent biomédical au sein du GHT.



Il reste également à systématiser dans toutes les unités des exercices de mise en situation selon un programme pluriannuel défini et former régulièrement les professionnels aux gestes de première urgence.

Actuellement, il existe des postes infirmiers dédiés comme formateur au sein du CESU 56 pour 11 jours chacun annuellement. En cas de modules supplémentaires, il sera nécessaire de majorer ce temps.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Revoir les procédures sur les urgences vitales
- Mener un travail de sécurisation des contrôles des DSA (fonctionnement des diodes, consommables, identification...) avec étude d'impact des besoins associés (EPSM et/ou GHBA)
- Former les professionnels aux gestes de première urgence en lien avec le cadre réglementaire (formation initiale, rappel) selon un calendrier projeté avec le CESU 56 et la formation continue
- Réaliser des exercices de mise en situation selon un programme annuel, défini par le CESU 56, et/ou en lien avec les EIG enregistrés,
- initier un travail d'objectivation des situations d'urgence.
- Formaliser la convention SAMU et SAS.

Responsables : CESU 56, chef du pôle des Spécialités, pilotes du processus parcours du patient, responsable de la formation continue.

Indicateur(s) de suivi : nombre de personnes formées, nombre d'exercices de mise en situation réalisés, nombre d'utilisation des chariots d'urgence, types de situations d'intervention pour urgence vitale.

AXE N°3 - Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.1 : Assurer l'information et l'implication du patient / résident

Constats :

Les attendus de la HAS visent à garantir une prise en charge respectueuse des droits et des devoirs des patients et des résidents, tout en favorisant leur autonomie et leur participation active.

Parmi les droits fondamentaux, l'accès à leur dossier médical est essentiel, permettant ainsi une transparence sur les actes médicaux et les traitements. Les patients ont également la possibilité d'exprimer leurs souhaits à travers la rédaction de directives anticipées, ainsi que de désigner une personne de confiance pour les accompagner dans leur parcours de soins.

La Commission des Usagers (CDU) joue un rôle crucial dans ce dispositif, servant d'interface entre les patients et l'établissement. Elle a pour mission de défendre les droits des usagers, d'écouter leurs préoccupations et de proposer des améliorations au fonctionnement de l'hôpital.

En matière de protection juridique, il est impératif que les patients soient informés de leurs droits, tout en respectant leur dignité et leur intimité.

De plus, le respect des biens et des personnes est un principe fondamental, énoncé dans le règlement intérieur de l'établissement et dans les règles de vie des unités de soins, garantissant ainsi un environnement favorable au rétablissement et au bien-être des patients.

Ces attentes de la HAS visent à instaurer un cadre de soins où le patient/résident est au centre du processus décisionnel, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique contribuant à une meilleure qualité des soins.



Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- **Connaître les besoins et attentes du patient**

- Adapter les outils d'évaluation de la satisfaction du patient / résident au public pris en charge (dont dyscommunicants) et/ou aux types de structures (questionnaires de sortie, enquêtes de satisfaction, ...)

- Formaliser les objectifs liés aux réunions soignants / soignés, les structurer, développer des boîtes à idées pour les patients / résidents, ou la mise en place d'un livre d'or

- **Enrichir l'information donnée au patient**

- Réaliser un livret d'accueil spécifique aux structures ambulatoires, à l'USLD et au CPPA.

- Rendre le livret d'accueil accessible aux personnes avec handicap psychique (FALC, pictogrammes...) et définir des modalités d'actualisation régulière des documents constituant le livret d'accueil ainsi que des règlements intérieurs

- Améliorer l'affichage obligatoire et recommandé dans les unités de soins et prévoir une mise à disposition annuelle réactualisée du listing des documents attendus

- **Assurer la liaison ville/hôpital**

- Améliorer le process de production et de remise de la lettre de liaison au patient et l'harmoniser au sein de l'établissement

- Développer l'accès au numérique, concernant les deux aspects communication et soins (lien avec le PPP 2019 - 2022) par la mise en œuvre de conditions d'accès à un réseau fonctionnel à l'EPSM et en extrahospitalier (WIFI, réseau 4G...)

Responsable : Direction des soins, Directeur Qualité, communication, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : nombre d'enquêtes de satisfaction réalisé par an ; nombre de livret d'accueil diffusé

Objectif 3.2 : Garantir le respect de l'intimité et de la dignité du patient et du résident

Constats :

Rapport de certification sept 2022 :

« Les patients considèrent que les locaux, les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de leur intimité et de leur dignité ».



Plan d'amélioration :

ACTIONS

- **Respect de la vie affective et sexuelle** : porter une réflexion institutionnelle sur ce thème
- **Respect de la spiritualité / religion** : mettre en place un recueil, à l'entrée, des préférences ou attentes particulières en matière de religion ou spiritualité
- **Mettre en place une réflexion autour de l'alimentation et la nutrition afin de s'assurer** :
 - Que les repas soient disponibles en quantités suffisantes, soient de bonne qualité et respectent les préférences culturelles et les besoins spécifiques en termes de santé des patients / résidents
 - Que les repas soient servis dans des conditions satisfaisantes et que les lieux de restauration soient adaptés aux habitudes culturelles
 - Poursuivre les actions à visée éducative en matière d'alimentation et nutrition
- **Assurer le respect de l'intimité du patient, notamment en poursuivant le réaménagement de l'architecture des chambres qui figure dans les objectifs du projet d'établissement (Schéma Directeur Immobilier)**
- **Assurer le respect de la dignité des personnes en continuant les travaux entrepris dans le but d'améliorer et de réaménager les sanitaires et les douches (Schéma Directeur Immobilier)**
- **Porter une réflexion institutionnelle sur la vidéo protection**

Responsables : Direction des soins, directeur de la logistique et des travaux, pilotes du processus droits du patient / parcours du patient, espace réflexion éthique

Indicateur(s) de suivi : nombre de FEI, taux de satisfactions aux enquêtes de séjour.

Objectif 3.3 : Garantir la liberté d'aller et venir des patients pris en charge

Constats :

La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée.

« La pertinence du recours à des mesures de restriction de libertés est argumentée et réévaluée en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique et au regard des dispositifs réglementaires et légaux en vigueur. L'EPSM produit chaque année son rapport « Isolement – Contention » et a mis en place en 2020 un Comité d'Application de règles Relatives au Respect des Libertés Individuelles (CARRLI) qui a pour objectif de faire émerger les idées du terrain afin d'améliorer les droits et libertés fondamentales des patients ».

« Les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs ni a fortiori dans des chambres verrouillées. » « L'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales. » (Circulaire n°48 D.G.S./SP3/du 19 juillet 1993.)

Pour les patients pris en charge en hospitalisation complète, les restrictions à la liberté d'aller et venir sont strictement encadrées par la loi. L'isolement et la contention sont des pratiques de « dernier recours ». Elle procède d'une décision d'un psychiatre après évaluation du patient. Parmi les garanties prévues par la loi, quand la mesure se prolonge au-delà d'un seuil légal de 48h (isolement) et 24h (contention), le médecin doit informer au moins un membre de la famille du patient, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le directeur doit informer le JLD dans le même délai. (Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, article 17 du CSP).



Plan d'amélioration :

ACTIONS

- En cas de restriction de liberté, s'assurer que le patient et/ou sa personne de confiance ont reçu une information claire et explicite,
- Garantir les principes s'appliquant aux restrictions de liberté dans le respect des droits des patients :

Toute mesure d'isolement est une décision médicale.

La pertinence des mesures restrictives est systématiquement évaluée et elle est réévaluée régulièrement durant le séjour.

Les mesures restrictives de liberté (pratiques d'isolement, contention...) du patient, après l'échec de mesures alternatives, ont fait l'objet d'une évaluation bénéfice/risque en équipe pluriprofessionnelle.

- Respecter les droits du patient dans le cadre des soins sans consentement et l'informer des voies de recours
- Appliquer la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, article 17 du CSP s'agissant de l'isolement et la contention
- Utiliser tous les outils permettant de travailler les alternatives aux restrictions de liberté (moyens humains, architecturaux, techniques...)
- Améliorer la traçabilité des mesures de restrictions de liberté, dans le DPI, en lien avec l'éditeur et les équipes médico-soignantes et administratives
- Réaliser et diffuser le rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention

Responsables : pilote du CARRLI, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : production du rapport isolement-contention ; résultats d'audit interne ou externe, nombre de mainlevée d'isolement ou de contention ;

Objectif 3.4 : Favoriser l'association des proches et des aidants

Constats :

Rapport de certification sept 2022 :

« L'EPSM Morbihan veille à ce que les patients accueillis ainsi que leurs proches et /ou leurs aidants reçoivent une information claire sur leurs droits »

« Apporter une information adaptée et compréhensible au patient et à ses proches sur les modalités de prise en charge est une exigence portée par l'établissement »

« Les représentants des usagers et les associations qu'ils représentent, dont les coordonnées et les modalités pour les contacter sont précisées par affichage dans chaque unité, sont impliqués dans la vie de l'EPSM et ils contribuent à la diffusion de l'information et à son accès par les patients et leurs proches. »

« Tous les éléments recueillis en amont ou à l'admission dans le cadre des entretiens infirmiers, psychiatriques et somatiques et tracés par les différents professionnels intervenant dans la prise en charge, sont colligés dans un projet de soins synthétisant les objectifs de soins et définissant le projet de soins le plus adapté en associant le patient et ses proches chaque fois que cela est possible »

« Ce dispositif de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient peut être complété par tous les espaces de parole proposés aux patients et à leurs proches et mis en place dans certaines unités de l'EPSM (hôpitaux de jour par exemple) »

« L'association et l'implication des proches et des aidants, des parents ou des représentants légaux, dans l'élaboration du projet de soins et la prise en charge de leur patient ou de leur adolescent, ainsi que la qualité de l'information qui peut leur être délivrée, en accord avec le patient, ont pu être mises en évidence dans le



cadre des patients traceurs. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite et la mise à disposition de locaux ou d'espaces dédiés ».

Malgré ces constats positifs de la visite de la HAS, il est nécessaire de renforcer le lien avec les associations et Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) qui collaborent avec l'EPSM. Cela peut se matérialiser à travers :

- Un projet des usagers formalisé à l'échelle de l'établissement et pour le groupement hospitalier
- Les supports d'information et la communication vers les usagers (patients/résidents, familles, proche-aidants)
- Le retour des enquêtes auprès des RU

L'objectif est de rendre l'environnement du patient acteur dans la démarche d'accompagnement et la prise en charge.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- **Maintenir la dynamique de la Maison des Usagers (permanences associatives et dispositifs, COPIL, événements, animations, groupes de parole...)**
- **Mettre en place des outils de communication pédagogiques à destination des usagers**
- **Identifier et renforcer la place des familles et des aidants :**
 - Faciliter la participation des proches et aidants au projet de sortie
 - Mettre en place une enquête de satisfaction auprès des familles
 - Développer les « groupes famille » et l'Espace Famille Aidant (EFA)
 - Favoriser l'expérience patient en développant, notamment, la « Pair-aidance »
- **Favoriser l'accès aux associations et leur place dans l'institution et étudier l'accès à la CDU à titre consultatif à des associations non désignées par l'ARS voire à certains patients hospitalisés au long court au sein d'unités.**
- **Clarifier la notion de « confidentialité », et ceci à chaque niveau : juridique, médical, éthique (ainsi que le secret professionnel et l'obligation de signalement)**

Responsables : Direction des soins, Direction des relations usagers, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : nombre de livret d'accueil famille diffusé ; projet des usagers réalisé, enquêtes satisfaction

Objectif 3.5 : Prévenir et soulager la douleur physique

Constats :

Les professionnels écoutent le patient qui peut exprimer l'intensité de sa douleur. Ils peuvent mettre en place les moyens antalgiques nécessaires et appropriés.

Le Comité de lutte contre la douleur se réunit très régulièrement et des correspondants douleur sont identifiés dans toutes les unités

Ils seront toutefois plus vigilants dans l'utilisation des échelles de mesure de la douleur physique et la traçabilité dans le dossier patient, afin notamment d'améliorer l'indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS).

En mode conditionnel, les médecins précisent les seuils permettant l'administration des antalgiques par les infirmiers.



Responsables : pilotes du CLUD, pilotes du processus prise en charge de la douleur

Indicateur(s) de suivi : IQSS douleur, volume des antalgiques délivrés par la pharmacie (par palier), extraction du DPI du nombre d'utilisation d'échelles (par échelle : EVA, EVS, Algo+, Dolo+, ECPA, Rudkin...)

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Communiquer sur les échelles de la douleur spécifiques et adaptées à la patientèle
- Favoriser le recours aux thérapies non médicamenteuses et aux professionnels paramédicaux et de rééducation
- Former les professionnels aux échelles et à la traçabilité
- Améliorer la traçabilité de la douleur au sein du dossier patient (mise en place de protocoles de traçabilité)
- Mettre en place des référents douleur par unité (identification des référents au sein de chaque unité, point de contact et de ressource pour leurs collègues)
- Former les référents douleur
- Sensibiliser les patients à la gestion de la douleur (information, utilisation de cartes de la douleur...)
- Suivre et évaluer les pratiques (Indicateurs de suivi, IQSS, audits internes)
- Développer des partenariats avec des experts sur le territoire
- Sensibiliser les patients à la gestion de la douleur

Objectif 3.6 : Prévenir le risque suicidaire

Constats :

La prévention du risque suicidaire est une priorité de l'EPSM auprès de tous les patients, aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation.

En ambulatoire, les critères d'alerte sont évalués à l'aide d'outils partagés par l'équipe soignante.

En hospitalisation, les principales causes de décompensation lors de l'hospitalisation comme le risque suicidaire doivent être systématiquement prévenues et identifiées.

En cas de survenue d'une tentative de suicide ou de suicide, l'EPSM réalise systématiquement une analyse des causes profondes de cet événement indésirable grave.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Assurer des formations régulières, ainsi que des actions de sensibilisation régulières
- Mettre en place des outils d'évaluation pour identifier les patients à risques
- Identifier les espaces à risques afin de les sécuriser (accès objets potentiellement dangereux...)
- Mettre à jour le guide de prévention du suicide
- Analyser les causes des suicidants des 10 dernières situations
- Mettre en place des campagnes de communication grand public et/ou à destination de la maison des usagers pour prévenir le risque suicidaire (événements thématiques, communication interne...)



Responsables : Direction des soins, pilotes du processus parcours du patient

Indicateur(s) de suivi :

- Nombre de suicides et de tentatives ;
- Nombre de formations réalisées par agent ;
- Outils créés et diffusés ;
- Nombre d'analyse de causes réalisées ;
- Nombre de campagnes de communication réalisées

Objectif 3.7 : Prévenir les situations de violence et déployer les plans de prévention partagée

Constats :

Rapport de certification sept 2022 :

« La gestion des éventuels épisodes de violence ou d'agressivité est anticipée. Les professionnels sont formés (Omega) et disposent de matériel adapté (de type dispositif d'aide pour travailleur isolé par exemple). A l'USIP, la gestion des récidives d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de gestion de crise auquel peut être associée la famille. Ces plans de prévention partagée n'ont pas été retrouvés dans les autres unités pouvant être concernées. »

L'objectif est de poursuivre la formation des professionnels à la désescalade, aussi bien en intra hospitalier qu'en ambulatoire, à travers le recours aux techniques OMEGA notamment et l'utilisation de tous les outils disponibles pour prévenir les violences ou crise.

Les actions envisagées seront vues dans la perspective de la mise en service du futur centre pénitentiaire.

Les professionnels de l'EPSM peuvent faire appel à la cellule d'intervention et d'écoute et au psychologue du travail quand ils le souhaitent, selon les situations vécues.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- L'accès et la mise en œuvre de formations adaptées afin de prévenir les violences
- La mise à disposition de matériel adapté
- Une réflexion sur les dispositifs de soins (espace d'apaisement, équipes mobiles de gestion de crise...)
- Une adaptation des ressources humaines et architecturales aux besoins de prise en charge
- Le déploiement, et l'association des patients et/ou de leurs proches à la mise en œuvre de plan de prévention partagées (monGPS, plan de crise conjoint) en hospitalisation complète et en ambulatoire

Responsables : pilote du CARRLI, pilote du comité violence, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : nombre de personnels formés à OMEGA, nombre d'espace d'apaisement mis en œuvre, nombre d'unités ayant déployées des outils de plan de prévention partagés...



Objectif 3.8 : Promouvoir et soutenir le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

Constats :

L'EPSM Morbihan a mis en place un Espace de Réflexion Ethique (ERE), groupe pluridisciplinaire autonome (juriste, pair-aidant, philosophe, médecin...) qui se réunit tous les 2 mois.

Il a été créé pour favoriser toute réflexion éthique en lien avec la manière d'être et d'agir qui touchent les professionnels dans leur rapport à la personne soignée, aux résidents ou aux familles qui ont besoin d'eux.

Il a pour missions de réfléchir aux questions qui portent sur le sens et les limites des pratiques de soins et d'accompagnement à partir de situations complexes qui touchent les professionnels, les patients ou les familles, pour lesquelles aucune solution n'a pu être trouvée.

Il permet aux professionnels de prendre un temps de recul face à une /des situations cliniques concrètes posant un /des problèmes éthiques à une équipe pluri- professionnelle mais aussi face à des situations d'impasse thérapeutique.

Il ouvre un espace d'analyse et de partage permettant un approfondissement de la réflexion éthique.

L'ERE n'a pas vocation à trancher des différends entre personnes ou à traiter des contentieux médicaux, éducatifs ou soignants au sein de l'institution.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Sensibiliser et former les professionnels à la démarche éthique
- Animer l'Espace Réflexion Ethique (ERE) constitué de professionnels de la santé, de psychologues, de travailleurs sociaux et des représentants des usagers notamment.
- Mobiliser des ressources en éthique (brochures, guides) sur les questions éthiques courantes en psychiatrie.
- Encourager la pratique du questionnement éthique (débat, échanges organisés, groupes de réflexion)
- Impliquer les usagers en favorisant l'inclusion des représentants des usagers dans les discussions éthiques, et favoriser expériences et préoccupations éthiques.
- Évaluer et suivre les pratiques éthiques (indicateurs, retours d'expérience)
- Intégrer un réseau éthique à travers la poursuite de partenariats avec d'autres établissements pour échanger sur les bonnes pratiques en matière d'éthique.
- Assurer une communication institutionnelle sur les accompagnements éthiques qui sont proposés par l'ERE.

Responsables : pilote de l'Espace de Réflexion Ethique, pilotes du processus management stratégique et gouvernance.

Indicateur(s) de suivi : nombre de saisines de l'Espace de Réflexion Ethique ; nombre de diffusions des ressources éthique



AXE N°4 - Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques

Objectif 4.1 : Développer les évaluations de pertinence des prises en charge de patients et résidents

Constats :

Extrait rapport certification HAS 2022 :

« L'EPSM n'a pas mis en œuvre, à l'échelle des pôles ou des unités, des revues de pertinence des admissions et des séjours permettant d'analyser et d'évaluer les résultats d'indicateurs d'activité. »

La mise en place d'actions d'évaluation et d'amélioration de la pertinence des soins constitue une approche positive et constructive de la gestion du risque. Il s'agit d'étudier l'adéquation aux besoins des patients. Par ailleurs, l'analyse des impacts, dans le cadre de ces évaluations, est l'un des fondements majeurs d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces démarches sont actuellement peu développées dans l'établissement. Il est donc nécessaire de les développer au regard des enjeux évoqués.

Elles seront déployées progressivement par type d'unité et par pôle (HC, HDJ)

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Développer plus spécifiquement la méthode de revue de pertinence (HAS)
- Mettre en place au sein de chaque pôle au moins une évaluation portant sur la pertinence des prises en charge

Responsables : Direction qualité, CME, Direction des soins

Indicateur(s) de suivi : Nombre de revues de pertinence réalisées

Objectif 4.2 : Mettre en application les méthodologies d'évaluation de la HAS

Constats :

L'EPSM s'est approprié les outils et méthodologies employés par la HAS dans le cadre des visites de certification. Depuis 2021, la plupart des correspondants qualité de l'EPSM ont été formés à ces méthodes permettant de les mettre en œuvre dans le cadre de la démarche continue de l'auto-évaluation de l'établissement.

Pour aller plus loin, l'EPSM s'engage depuis début 2023 à déployer de façon régulière des évaluations sur l'ensemble des unités de soins : patient traceur, accompagné traceur, traceur ciblé, parcours traceur...

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Former les correspondants qualité à la méthode du patient traceur
- Planifier annuellement les autoévaluations sur l'ensemble des unités de soins
- Suivre les plans d'actions issues des évaluations
- Communiquer sur les résultats auprès de l'ensemble des professionnels



Responsable : Direction qualité

Indicateur(s) de suivi : nombre d'évaluations réalisées, nombre d'actions du PAQSS issues des évaluations

Objectif 4.3 : Déployer et suivre les indicateurs de pratique clinique

Constats :

Extrait rapport certification HAS 2022 :

« Seules quelques unités se sont dotées d'indicateurs spécifiques ou d'outils en ce sens (taux de ré hospitalisation après prise en charge en hôpital de jour au CMPS de Saint-Avé, analyse de dossiers sur les situations complexes au CPPA, par exemple). »

L'EPSM s'engage à analyser, exploiter et communiquer des indicateurs qualité afin d'objectiver le niveau de qualité et de sécurité des soins et d'évaluer l'atteinte aux objectifs.

L'implication des équipes sera recherchée afin de permettre une analyse partagée et d'identifier collectivement des axes de progrès.

La campagne annuelle nationale sur les IQSS (indicateurs qualité et sécurité des soins) sera approfondie avec les professionnels concernés, en lien notamment avec la réforme du financement.

Plan d'amélioration :

ACTIONS :

- Identifier et suivre des Indicateurs de Pratiques Cliniques (IPC), au sein des unités de soins, avec les professionnels médicaux et paramédicaux
- Formaliser des plans d'actions précis sur l'ensemble des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) puis assurer leur suivi en CME et CSIRMT
- Organiser une communication et une présentation régulière des résultats à tous les professionnels pour permettre les comparaisons puis les intégrer à l'analyse des parcours patient

Responsable : Direction qualité

Indicateur(s) de suivi : résultats des IQSS et IPC, nombre d'indicateurs suivis, nombre d'unités inscrites dans la démarche de suivi des IPC



GLOSSAIRE :

ANSSI : agence nationale de sécurité des systèmes d'informations

CDU : Commission des Usagers

CODIR : Comité de Direction

COFIL : Comité de Pilotage

CESU : Centre d'enseignement et de soins d'urgence

CREX : comités de retour d'expérience

DD : développement durable

DPO : Délégué à la protection des données

DSA : défibrillateur semi-automatique

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

EI : évènement indésirable

EIG : évènement indésirable grave

EIAS : évènement indésirable associé aux soins

FALC : facile à lire et à comprendre

FEI : Fiche d'évènement indésirable

IQSS : indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins

IPC : indicateur de pratique cliniques

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

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

PCRA : Plan de Continuité et de Reprise d'Activités (PCRA)

PGHTSSE : plan général de tension hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles (PGHTSSE)

QVCT : qualité de vie et des conditions de travail

RSSI : responsable de la sécurité du système d'information

RU : représentant d'usagers

RSE : risques et sécurité Environnementale

SSE : situations sanitaires exceptionnelles



V - LE PROJET DES USAGERS

Le Projet des Usagers de l'EPSM Morbihan

Le projet des usagers 2024–2028 s'inscrit dans le projet d'établissement et la démarche qualité.

Il vise à placer l'utilisateur au cœur des soins, en reconnaissant son expérience, ses droits et sa capacité à être acteur de son parcours et de son rétablissement.

Ce projet repose sur une ambition partagée : construire un cadre de soins respectueux, participatif et bienveillant, avec les usagers, les proches, les associations et les professionnels.

◆ Valeurs et principes

Le projet repose sur les principes suivants :

- Respect de la dignité, de l'intimité et des libertés fondamentales
- Reconnaissance de l'utilisateur comme acteur de son parcours et de son rétablissement
- Écoute des besoins et des attentes des usagers et de leurs proches
- Participation active à la vie de l'établissement
- Transparence dans l'information et les décisions
- Co-construction avec les familles et les associations
- Respect des devoirs et règles de vie de l'établissement et des unités par les usagers

◆ Axes du projet

Axe	Objectif	Orientations principales	Acteurs et rôles concrets
Axe 1 – Droits, information et participation	Permettre à chaque usager de comprendre ses droits et d'être acteur de son parcours	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les droits (accès dossier médical, désignation personne de confiance, information sur la rédaction des directives anticipées de fin de vie, Mon EspaceSanté, plaintes et réclamation, portail de déclaration événements indésirables) - Améliorer l'information : livret d'accueil patient et famille proche-aidants, supports adaptés, version audio, FALC - Développer les retours d'expérience avec analyse et actions d'amélioration - Favoriser la participation aux instances et groupes de travail 	<p>Usagers / proches : expriment leur expérience, participent aux questionnaires et groupes de travail</p> <p>Représentants des usagers : recueillent la parole, analysent, peuvent recontacter les usagers</p> <p>Professionnels : informent, facilitent la participation (groupes soignants-soignés)</p> <p>Établissement / CDU : organise, analyse et suit les actions</p>



Axe 2 – Bientraitance, qualité de vie et rétablissement	Garantir un environnement respectueux et soutenir le rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir la dignité et le respect (hébergement, alimentation, convictions, particularités de fonctionnement) - Associer les usagers à leur environnement - Développer prévention et éducation à la santé, à la sexualité - Promouvoir la bientraitance - Participer aux SISM 	Usagers : expriment leurs besoins, participent aux projets Professionnels : mettent en œuvre des pratiques bientraitantes Associations / GEM : soutiennent le rétablissement et le lien social Établissement : effectue les accompagnements orientés rétablissement / Promeut le rétablissement
Axe 3 – Liberté, sécurité et accompagnement	Concilier respect des libertés et sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les restrictions de libertés (soins sans consentement, isolement, contention) - Développer les alternatives aux restrictions - Associer usagers et proches (directives anticipées en psychiatrie) - Sensibiliser (risque suicidaire, gestion de la violence, plainte, réclamation, déclaration évènement indésirable) 	Usagers / proches : se saisissent de leur pouvoir d'agir Professionnels : expliquent et préviennent, sont garants des libertés Représentants des usagers : veillent aux respects des libertés Établissement : porte une politique de respect des libertés
Axe 4 – Intégration des proches, associations et développement de la pair-aidance	Renforcer la co-construction des parcours	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la Maison des Usagers - Associer les familles, proches-aidants - Développer la pair-aidance - Participer aux réflexions éthiques 	Proches / aidants : partenaires du parcours Associations : soutien des actions collectives Usagers / pairs-aidants : ont recours à leur savoir expérientiel Établissement : coordonne les partenariats

◆ Mise en œuvre et suivi

Pilotage assuré par la Commission des Usagers (CDU) et la Maison des Usagers.

Suivi :

- Nombre d'usagers aux groupes de travail et instances
- Nombre d'actions mises en place
- Avenant annuel du projet et des actions prioritaires

Évaluation :

- Bilan annuel présenté à la CDU et aux instances de l'établissement



- évaluation du projet en 2029

Annexe 1 : Plan d'action / Axes prioritaires 2026/2027

Axe 1 – Droits, information et participation

1. Renforcer la diffusion du livret d'accueil des familles
 - Insérer le QR code du livret d'accueil des familles dans le livret d'accueil des patients
 - Faire une communication auprès des cadres de santé afin que ce livret soit mis à disposition notamment dans les espaces familles
2. Favoriser la participation des patients, familles aux groupes de travail et aux instances de l'établissement
3. Développer des sensibilisations autour des droits des patients en lien avec la Relation avec les Usagers (réunions soignants-soignés)

Axe 2 – Bien-être, qualité de vie et rétablissement

4. Intégrer des usagers aux réunions sur le projet SDIE+
5. Renforcer la formation des professionnels au rétablissement et engager la démarche de labellisation de la réhabilitation psychosociale en intégrant notamment des usagers au Comité de coordination du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale (C2R)
6. Développer des sensibilisations à destination des patients autour de la prévention, éducation à la santé et à la sexualité

Axe 3 – Liberté, sécurité et accompagnement

7. Mettre en place un travail autour des espaces d'apaisement

Axe 4 – Intégration des proches, associations et développement de la pair-aidance

8. Poursuivre le développement de la Maison des Usagers (MDU itinérante, décroisement etc)
9. Contribuer à la diffusion de la culture du rétablissement par la mobilisation des pair-aidants au C2R



Le Projet des Usagers du GHT

En près de 20 ans, les lois de 2002, celle « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » et celle « rénovant l'action sociale et médico-sociale », ont instauré une démocratie en santé qui permet la représentation au sens de l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique et/ou la participation des personnes soignées ou accompagnées au sein de nombreuses instances.

En parallèle de ces changements, et dans les 10 dernières années principalement, des évolutions reposant sur des pratiques nouvelles et parfois aussi des réglementations se sont fait jour pour asseoir la reconnaissance et conforter la prise en compte des savoirs expérientiels des usagers comme un fait social nouveau mais également pour offrir des démarches participatives ouvertes à tous les usagers du système de santé. La politique de promotion du partenariat en santé patients-professionnels de santé concerne les sites de la direction commune du GHBA : Auray, Belle-Ile, Josselin, Malestroit, Ploërmel, Quiberon et Vannes ainsi que les établissements membres du GHT, EPSM Morbihan, CH Basse-Vilaine.

Le partenariat en santé est une approche qui propose d'agir ensemble pour le bien-être physique, mental et social de chacun, en reconnaissant et en s'appuyant sur la complémentarité des expériences, savoirs et compétences des usagers et des professionnels du système de santé. Il promeut la co-construction, la co-décision et la co-mise en oeuvre des projets de santé de chacun et de tous.

Toute démarche de partenariat en santé est associée à des valeurs essentielles : respect, confiance, réciprocité, bienveillance, humanisme, humilité

1. Textes réglementaires

- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

- Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins dans le cadre de l'expérimentation « Épisode de soins », HAS septembre 2019.

- Recommandation de bonne pratique HAS. « Faciliter l'engagement des personnes au service de leur santé, de leurs pairs et des organisations », septembre 2020

- Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, HAS, septembre 2020- Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé, HAS juin 2023

- Construire des solutions avec le patient pour améliorer son expérience, ANAP, avril 2023

- Recueillir l'expérience patient et usager, ANAP, avril 2023

- Renforcer la reconnaissance sociale des usagers pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire Avis n° 2-2023 du conseil pour l'engagement des usagers Validé par le Collège le 13 juillet 2023.

2. Etat des lieux : ambitions et transformations déjà réalisées

L'implication des représentants des usagers et la prise en compte de l'expérience patient se développe dans l'ensemble des établissements du GHT à travers :



- La participation de patients experts dans les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) : Cardiologie, Obésité, Mucoviscidose, cancer, MICI (Maladies Inflammatoires chroniques de l'intestin), Parkinson, Hématologie l'IRC (Insuffisance Rénale Chronique), addictologie (Libr'addict) ...
- La participation de patients Partenaires dans les programmes de formation des soignants (internes, infirmiers, aide-soignants...)
- La participation des Représentants des Usagers aux instances de Gouvernance de l'hôpital
- Le recueil de l'expérience Patient via les enquêtes de satisfaction (Réa, SAU, UCA, Maternité...), e satis, analyses des réclamations et signalements des évènements indésirables
- La participation des associations de patients partenaires dans les actions de promotion de la santé (journées de sensibilisation à l'insuffisance rénale, au dépistage du diabète, au traitement des Troubles alimentaires, à l'addictologie...)
- La participation de Patient ressource dans l'élaboration du Parcours de soin en lien avec la Ville (CPTS, Maison de santé)
- L'information, le soutien et l'accompagnement des patients/de l'entourage assurés par des associations conventionnées avec l'hôpital dans le cadre des Maisons des Usagers déployés sur le territoire
- L'intégration de pairs aidants dans les parcours de soin (EPSM Morbihan)
- L'implication des usagers et patients partenaires au service de l'innovation en santé
- La participation des Représentants des Usagers à l'amélioration de la Qualité de la Prise en charge (Patient traceur, Parcours traceur, Audit Système...)
- La participation des Représentants des Usagers aux projets institutionnels (Schéma architectural, signalétique, amélioration du parcours médico administratif, journée qualité...)

3. Perspectives à 5 ans – orientations stratégiques

- Structurer et piloter une démarche inclusive du patient partenaire dans le parcours de soin.
- Renforcer la dynamique d'intégration du patient partenaire au sein des établissements du GHT.
- Développer le lien ville hôpital autour du patient partenaire.
- Viser une communauté partenariale (soignants/soignés) au service du parcours patient.

Ainsi, le partenariat en santé devient un levier en faveur de la qualité et pertinence des projets de santé au bénéfice de tous :





Le partenariat en santé se concrétise donc par la collaboration entre professionnels du système de santé et usagers/associations d'usagers, dans :

- Une dimension individuelle
- Dans la relation entre le professionnel et la personne en soin / famille, proche-aidant
- Dans la relation entre le professionnel et la personne accompagnée/famille, proche-aidant (en milieu médico-social et social)
- Une dimension collective
- Politiques de santé
- Organisation des établissements
- Soins cliniques & éducatifs
- Démarche qualité, gestion des risques
- Communication
- Formation des professionnels de santé
- Recherche & innovation

4. Plan d'action

Mise en oeuvre du projet COMPER (Construction de Modèles en faveur du Partenariat et de l'Engagement Patient) visant :

- Le recueil de l'expérience patient et usager, de ses savoirs au travers de :

o Les observations de parcours, les interactions, les flux et les comportements

Les entretiens et le récit des expériences du patient, du résident, de son ressenti et ses perceptions notamment au sein des Maisons des usagers ou dans le cadre de la démarche qualité (méthodes traceurs...),

L'auto documentation et l'écoute de vécus difficiles d'accès (intimité, évolution de la perception...).

La collecte et l'analyse des données notamment des verbatims de l'enquête e-satis, des questionnaires de satisfaction, des PREMS et des PROMS...

- La co-construction, avec le patient, sa famille, ses proche-aidants de solutions à innover, expérimenter pour les rendre opérationnelles

- La reconnaissance sociale du patient partenaire et le principe d'égalité de considération entre les parties prenantes intégrant les principes de :

o accompagnement et soutien à l'engagement ainsi qu'à la participation des usagers

o légitime reconnaissance des compétences déployées dans l'engagement et la participation

o juste reconnaissance de la valeur de l'engagement (formation, reconnaissance financière et statutaire).

5. Engagements des établissements du GHT

Les établissements du GHT s'engagent à mettre à disposition dans le cadre du projet COMPER :

- Les logiciels

- Un temps de chargé de mission

- Un processus de reconnaissance sociale des patients partenaires

- L'accès à la formation des patients partenaires, notamment à l'ETP

Le GHBA s'engage à aller chercher un appui méthodologique, auprès de l'ANAP par exemple dans le cadre de l'appui terrain expérience patients et usagers.



Cette politique est déclinée dans le Programme d'Actions d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) de chaque établissement. Elle fait l'objet d'une évaluation au travers d'indicateurs de suivi.

VI - LE PROJET SDIE+ (SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER ET ENVIRONNEMENTAL À ENERGIE POSITIVE)

1. Introduction et synthèse du projet

Préambule

L'EPSM Morbihan a mené, depuis la fin de l'année 2022, des travaux visant à actualiser le scénario initial construit en 2019 par SEEDIN dans le cadre de la construction de son schéma directeur immobilier et architectural.

Les principales orientations du Schéma Directeur Immobilier et Environnemental à énergie positive actualisé ont été validées par le directoire de l'établissement qui s'est réuni le 11 avril.

Gestion et pilotage du projet :

- Un plan développement durable au cœur du projet d'établissement et de prise en charge du patient. Le projet développement durable de l'EPSM Morbihan s'inscrit comme une composante du Projet d'établissement. Cette dynamique institutionnelle favorise également une sensibilisation du personnel et la mobilisation du Collectif autour des enjeux écologiques et de la responsabilité sociétale de l'EPSM Morbihan.
- Un portage institutionnel fort permettant d'informer et de consulter les acteurs de la gouvernance de l'EPSM : Le projet de développement durable de l'EPSM Morbihan est porté par un comité de pilotage piloté par la direction logistique et travaux avec de nombreux acteurs médico-soignants exerçant au sein des pôles de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie. Le projet et le suivi des actions sont régulièrement présentés aux instances de l'établissement.
- Association et mobilisation des professionnels de terrain pour le développement durable : Des démarches complémentaires de mobilisation des professionnels sont activées à travers des déclinaisons thématiques du projet institutionnel développement durable et de santé environnementale (plan mobilité, traitement et valorisation des déchets, manger durable, interdiction phyto, qualité de l'air et de l'eau). A ce titre la gouvernance de l'EPSM soutient les initiatives des services et mobilise des groupes opérationnels (appels à candidature, appels à projets internes). Une large communication est relayée par le service de communication institutionnelle.

Le comité de pilotage développement durable est l'organe d'évaluation de la politique développement durable au sein de l'EPSM Morbihan.

Les orientations DD du SDIE+ de l'EPSM sont les suivantes :

- Construire sobre et durable, bas carbone à énergies positive
- Intégrer l'évolutivité et la modularité dans les bâtiments
- Cibler le SMART building au service de la transition énergétique
- Protéger l'environnement et la biodiversité locale en intégrant la mobilité au projet

L'EPSM Morbihan s'engage dès aujourd'hui à construire et piloter son projet avec tous les partenaires du territoire et en lien avec :

- Le CHBA, Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération, la Ville de St AVE, Morbihan Energies (syndicat départemental)



Il importe de prendre en compte dans notre schéma la réglementation environnementale et la stratégie nationale bas carbone qui vise la neutralité à l'horizon 2050 (soit 0 émission de gaz à effet de serre dans le secteur du bâtiment). L'objectif affirmé par l'accord de Paris 2015 est de limiter à 2° le réchauffement climatique.

De ce fait, la réglementation environnementale, introduite par la loi de Transition Energétique (Loi du 17 Août 2015 relative à la transition écologique croissance verte), la loi Evolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique (Loi ELAN du 23 Novembre 2018), va contraindre fortement les constructions de bâtiments neufs à venir et ancrer l'écologie dans notre société. (Loi du 22 Août 2021 Climat et résilience)

La compacité et la modularité des bâtiments seront ainsi les composantes principales de nos futurs projets en intégrant l'autoproduction d'énergie (E+), l'utilisation de composants bas carbone et de matériaux biosourcés. Des bâtiments connectés et communicants, le Smart Building est un bâtiment dans lequel le numérique est au service du développement durable. C'est un bâtiment connecté, avec des systèmes interopérables et ouverts sur les services par l'utilisation d'outils numériques les plus adaptés en matière de construction et d'exploitation dans le but d'optimiser le fonctionnement du bâtiment, d'améliorer le bien-être des occupants et d'offrir des services « sur-mesure ».

Le Smart Building est ainsi une des réponses aux enjeux environnementaux, dans la continuité du Zéro Carbone. Enfin, pour ce faire et afin d'obtenir nos futurs permis de construire nous devons intégrer l'analyse du cycle de vie des matériaux, concept du « berceau à la tombe » désignant la durée de vie d'un matériau jusqu'à son rebut, considération impérative pour déterminer le poids carbone du projet.

Nous devons donc viser des bâtiments bas carbone et à énergie positive. A l'horizon 2024/2026, les hôpitaux seront directement concernés par cette réglementation.

L'EPSM Morbihan programme le recrutement d'une équipe d'Assistant à Maitrise d'Ouvrage expert de la gestion de l'environnement, des énergies, de la mobilité et de la gestion des flux. Cet AMO devra nous accompagner pour consolider et hiérarchiser les priorités et notre niveau d'exigence en matière de développement durable.

Nous devons ensemble, inclure dans nos critères de sélection des maitrises d'œuvre lors de la mise en œuvre du concours d'architecte, des références en matières de Responsabilité Sociétale de Entreprise.

Un des critères impératifs sera la présence d'un responsable référent développement durable et transition écologique dans l'équipe de Maitrise d'œuvre

1.1 Analyse globale de l'évolution de la capacité de l'établissement par activité :

Comme rappelé dans la partie 1 du RSE, l'EPSM Morbihan a engagé une réduction de son capacitaire dès 2014 afin de permettre d'enclencher le virage ambulatoire.

La période récente marquée par des tensions sur les recrutements tant soignants que médicaux a conduit l'établissement à adapter son offre de soin par le déploiement de dispositifs alternatifs (équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, équipe de liaison, consultations non programmées en addictologie, ...) ce qui a eu un impact sur le capacitaire. La nouvelle cible capacitaire de l'EPSM Morbihan est ainsi posée à 260 lits³, hors tranche conditionnelle de 20 lits dédiée à la psychiatrie de la personne âgée.

L'offre cible de l'EPSM, située dans le périmètre du SDIE+, se compose ainsi avec :

- la confirmation de la reconstruction d'un pôle d'admission de 120 lits comprenant des unités d'admission généralistes et spécialisées,

- la confirmation de la reconstruction de l'unité Amaryllis, qui accueille des patients avec des pathologies psychiatriques complexes et lourdement invalidantes, avec une capacité de 15 lits ; cette unité ayant pour objectif de s'inscrire dans les parcours des structures médico-sociales du territoire,

³ Hors 6 lits du CEPRA CHBA situé au sein du SAU du CHBA



- la relocalisation de l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents d'une capacité de 12 à 15 lits,
- la rénovation dans ses locaux actuels de l'unité Tremplin dont la capacité devrait se stabiliser à 30 lits,
- la réutilisation des locaux de l'USIP B neutralisés début 2022 pourrait accueillir à terme les hospitalisations des détenus, en dehors des espaces d'isolement,
- la relocalisation sur Vannes ou son agglomération de l'hôpital de jour d'addictologie qui s'inscrit désormais dans une dimension territoriale portée par les équipes d'addictologie du GHT,
- la reconstruction d'une troisième unité dédiée à la psychiatrie de la personne âgée d'une capacité de 20 lits, initialement envisagée, n'est pas retenue à ce stade. Elle est posée en tranche conditionnelle au vu des perspectives démographiques du territoire à horizon 2040.

Les bâtiments historiques seraient mobilisés de la façon suivante :

- l'aile Ouest continuerait d'accueillir des patients au sein d'un ensemble rénové,
- l'aile Est serait dédiée pour partie au bâtiment de la direction ; l'autre espace disposant d'un accès extérieur indépendant serait ciblée pour proposer des logements de différents types aux patients et pour accueillir ponctuellement des professionnels nouvellement recrutés,
- l'actuel bâtiment de la direction serait transformé en pôle culturel (relocalisation du musée, expositions, résidence d'artiste, ...). La Maison des Usagers et An Heol, tiers lieu dédié à l'accueil en journée des enfants dont les parents sont hospitalisés en psychiatrie, y seraient également relocalisés.

Le scénario alternatif de cessions présente, par ailleurs, l'avantage de pouvoir être engagé dès le lancement du SDIE+ alors que le scénario initial ne pouvait s'envisager qu'à l'issue de la réalisation du schéma directeur. (cf. Plan de projection des cessions SDIE+ 2024-2034)

1.1.2 Tableau de synthèse sur le périmètre du capacitaire

Unités HC	Capacitaire initial (2021)	Capacitaire cible	Capacitaire SDIE+	Commentaires
Unité Alre	30	30	30	Reconstruction
Unité Sources	30	30	30	Reconstruction
Unité Triskell	30	30	30	Reconstruction
Addictologie	30	15	15	Rehabilitation
CEPRA St-Avé	10	15	15	Reconstruction
USIP	28	13	-	
Unité "détenus"	0	5	5	Adaptation (Locaux USIP)
Daumezon A	20	20	-	
Daumezon B	20	20	-	
Daumezon C	19	0	-	Tranche conditionnelle de 20 lits à réévaluer à horizon 2030
Arvor	22	22	-	



Argoat	21	0	-	Neutralisation : regroupement Arvor/Argoat
Amaryllis	24	15	15	Réhabilitation + extension reconstruction
Tremplin	24	30	30	Rénovation
Adolescents HC	12	15	15	Reconstruction
TOTAL	320	260	185	

Le capacitaire cible de l'EPSM est ainsi arrêté à 260 lits, sous réserve de l'effectivité des recrutements médicaux attendus. Par rapport à 2021, cela représente une baisse du capacitaire de près de 20%. Le capacitaire inclus dans le périmètre du SDIE+, correspondant initialement à 2/3 de la capacité globale d'hospitalisation à temps plein, représente désormais 58% de la capacité initiale.

Il faut noter que la reconstruction d'une 3^{ème} unité d'hospitalisation de 20 lits dédiée à la psychiatrie de la personne âgée est posée en tranche conditionnelle. Cette option sera réévaluée vers 2030 au vu de l'évolution démographique du territoire et de l'impact des mesures visant à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

L'objectif de disposer d'une unité permettant d'accueillir les détenus dans un environnement sécurisé, en dehors d'une prise en charge systématique en isolement, est rendu possible par la réduction capacitaire de l'USIP. Quelques adaptations des locaux sont intégrées au SDIE+ ; elles restent hypothétiques à ce stade, le projet détaillé du futur centre pénitentiaire de 550 places n'étant pas connu à ce jour.

A ce capacitaire du site de St-Avé, il faut ajouter les 6 lits du CEPRA localisés au sein du SAU du CHBA et qui sont intégrés dans le SDIA du CHBA.

1.2 Analyse du dimensionnement capacitaire sur le périmètre du projet de l'établissement et par activité : M²/lits/activité

Annexe 6.4

20231016-SDIE+_capacitaire-vs-sdo

1. Reconfiguration architecturale et immobilière : Activité et dimensionnement des différents secteurs / Alternative possible au projet et pertinence du choix fait par l'EPSM Morbihan

2.1 Activité et dimensionnement des différents secteurs

Sur le site principal de Saint-Avé : environ 52 770 m² de plancher répartis sur plusieurs bâtiments dit pavillonnaires sur un site de 57 hectares,

Sur le territoire de santé : 26 590 m² de plancher répartis sur 48 bâtiments.

L'ensemble immobilier du site historique sur la commune de Saint-Avé, dont la création remonte à 1886, est composé de bâtiments à caractère patrimonial et bénéficie de la protection au titre des monuments historiques.



Le plan masse travaillé par le CAUE pour l'EPSM Morbihan, met en évidence le manque de cohérence qui se caractérise par des opérations successives réalisées au fil des besoins. Ce manque d'harmonie a pour conséquence une consommation importante de l'espace, des implantations d'équipements épars, des immeubles obsolètes sans affectation.

En 2019, la direction a réalisé une étude du potentiel de recomposition urbanistique et paysager du site de St-Avé avec l'objectif de favoriser l'ouverture vers la cité. Cette étude a été réalisée par le cabinet Seed-In, déjà missionné par les établissements du GHBA engagés dans le projet de transformation de l'offre de soins du territoire Brocéliande Atlantique.

Plusieurs événements intervenus en 2021 et 2022 sont venus questionner le scénario initial résultant cette étude de potentiel. Cela a concerné plus précisément :

- ✘ La trop hypothétique déviation de l'axe de circulation ne permettant pas de valider la substantielle modification des flux d'accès tant pour les usagers que pour les professionnels et la logistique,
- ✘ Les ajustements capacitaires induits par les tensions sur les recrutements soignants et médicaux qui tendent à perdurer et qui ont conduit à développer des alternatives à l'hospitalisation complète,
- ✘ La mise en service à horizon 2027 d'un centre pénitentiaire de 550 places à intégrer à l'évolution de notre offre de psychiatrie légale,
- ✘ La multiplication des situations complexes de prises en charge d'adolescents qui nécessitent le recours à l'isolement en espace dédié,
- ✘ Les tensions sur l'accès au logement tant pour les professionnels nouvellement recrutés que pour les patients ce qui limite le développement de nos alternatives d'accompagnement à domicile.

Au vu de ces éléments, l'EPSM a mené, depuis la fin de l'année 2022, des travaux visant à actualiser le scénario initial.

Les principales orientations du SDIE+ actualisé sont les suivantes :

- **Proposer des parcours patients simples et lisibles**



- **Disposer d'une offre de soin alliant prises en charge sectorielles et spécialisées dans des environnements fonctionnels et sécurisés,**
- **Construire sobre et durable, bas carbone à énergie positive**
- **Intégrer l'évolutivité et la modularité dans les bâtiments**
- **Cibler le SMART building au service de la transition énergétique**
- **Protéger l'environnement et la biodiversité locale en intégrant la mobilité**

2.1.1 Les enjeux

La démarche de gestion dynamique du patrimoine s'inscrit dans la volonté de mieux gérer les actifs immobiliers pour les maintenir en bon état, améliorer leur qualité d'usage, rationaliser leur occupation en l'adaptant aux besoins de l'offre de soins, renforcer la performance énergétique tout en maîtrisant le coût global des équipements. Elle doit aussi permettre le suivi autonome des performances de sa programmation patrimoniale. Le Schéma Directeur Immobilier et Environnemental à énergie positive est ainsi l'occasion d'adopter une stratégie structurante avec une vision à long terme, et des réalisations à court et moyen terme en cohérence avec les objectifs du projet de prise en charge des patients :

- Mise en œuvre dans le but d'assurer simplement une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité,
- Disposer d'une vision précise du patrimoine immobilier et de son état,
- Maîtriser les charges d'exploitation, entretien-maintenance,
- Valoriser les actifs immobiliers et fonciers, assurer leur maintien,
- Optimiser la performance énergétique,
- Piloter la gestion patrimoniale.

Il convient donc de repenser notre ensemble immobilier afin de repartir sur des typologies de bâtiments, contemporaines, sobres, écoresponsables et permettant de répondre aux objectifs de qualité et sécurité de prise en charge des patients.

L'objectif est de repenser l'hôpital de demain en privilégiant son intégration dans le site sur le volet urbanistique en respectant les obligations de développement durable, en réduisant (compactant) son implantation foncière par la conception d'un site resserré moins couteux en exploitation et permettant ainsi une meilleure transition écologique et énergétique :

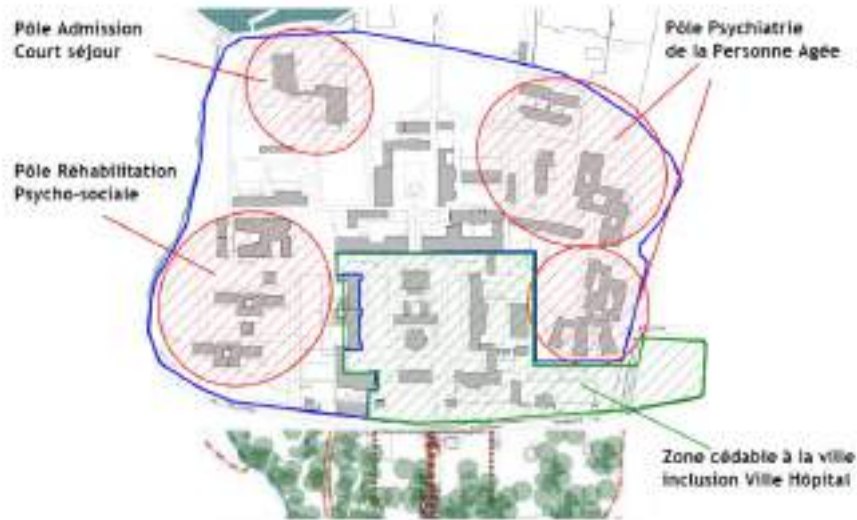
- Céder une partie du foncier non exploité.
- Penser des bâtiments neufs adaptés aux soins, économes, vertueux et modulables
- Rationaliser leur occupation, renforcer les performances énergétiques et maîtriser leur cout global.

2.1.2 Les scénarii

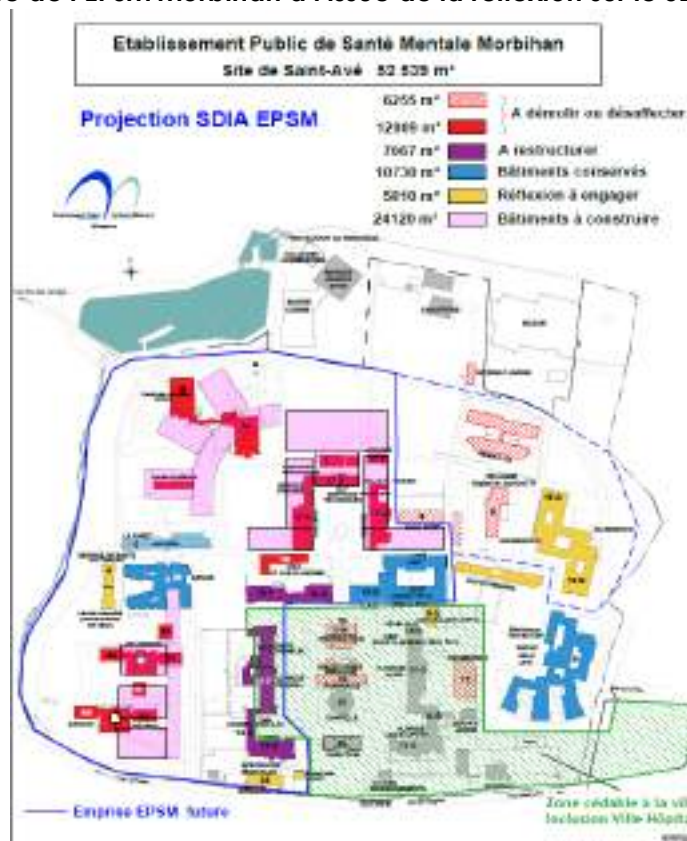
Présentation des scénarii Version 1 du SDIA, puis version SDIE+.

Annexe 6.6 - 20231016_projection_SDIE+_2024_2034

Objectifs initiaux

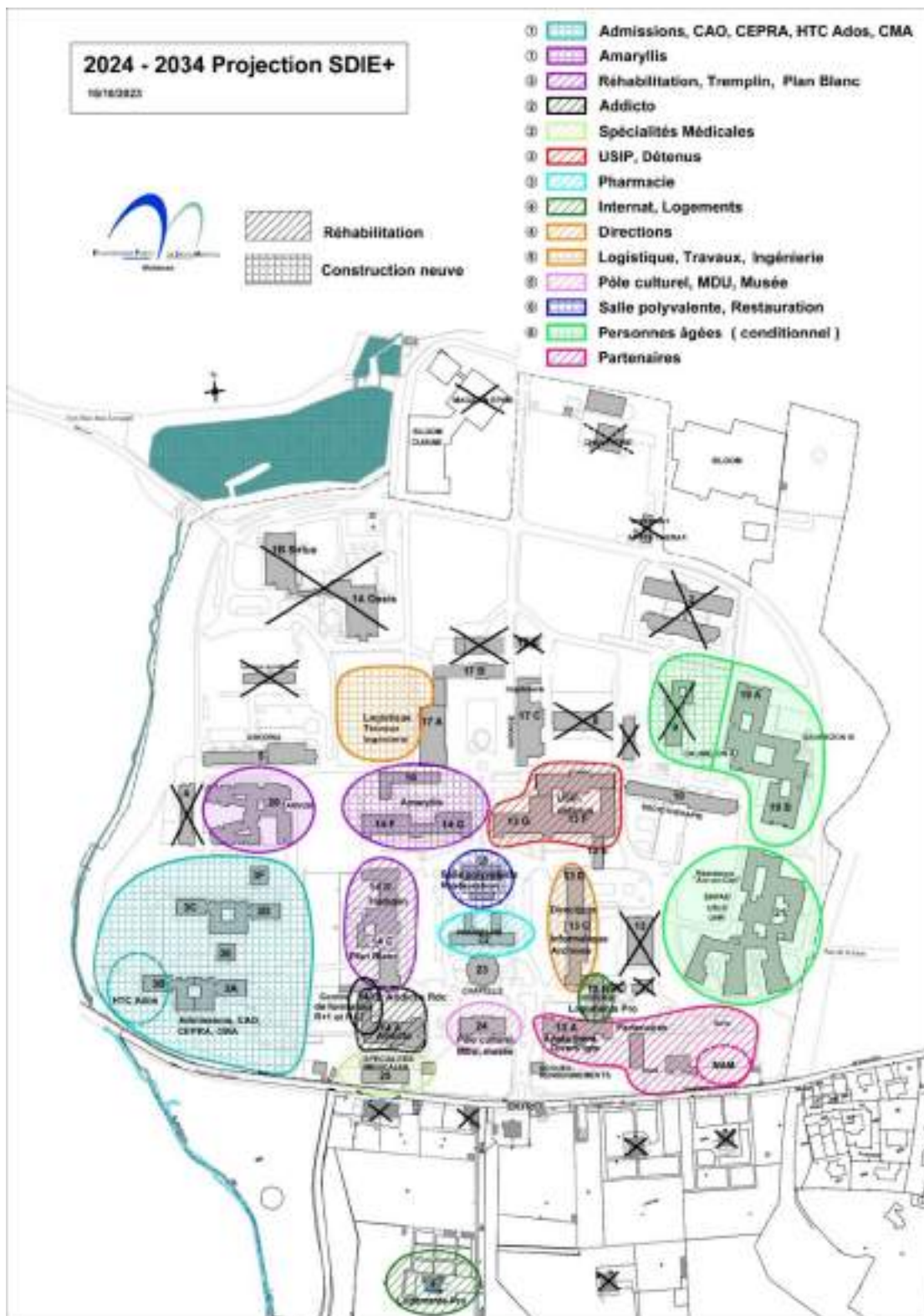


Plan masse de l'EPSM Morbihan à l'issue de la réflexion sur le SDIA version 1



Par rapport à la version 1 du SDIA, le SDIE+ permet de compacter l'emprise dédiée à l'activité hospitalière tout en augmentant le potentiel de cessions tout en préservant les repères spatio-temporels des usagers.

Plan masse de l'EPSM Morbihan à l'issue de la réflexion sur le SDIE+



2.3 Organisation et pertinence du choix par l'EPISM Morbihan

2.3.1 Le calendrier des travaux



L'échéancier 2024-2034 permet de reconstruire, rénover ou réhabiliter sur 10 ans l'intégralité des lits d'hospitalisation complète et de proposer ainsi une offre d'hébergement moderne et conforme aux standards hôteliers et hospitaliers.

La première phase permettra la reconstruction des trois unités d'admission sectorielles sur le site ainsi que d'une aile intégrant le CEPRA, le CAO puis un bâtiment d'accueil et hospitalisation à temps complet pour les adolescents, comprenant un secteur de soins intensifs.

L'unité d'addictologie sera positionnée dans les locaux existant du CEPRA après une phase de rénovation légère.

Le choix de démarrer le SDIE + par cette première phase présente les avantages de :

- Mettre simultanément aux normes les 3 cliniques sectorielles, d'améliorer les conditions d'hébergement pour les patients et l'environnement de travail pour les professionnels,
- Ne pas nécessiter d'opération tiroir, de travaux en site occupé,
- Permettre des opérations tiroir à l'issue pour enclencher les phases suivantes,
- D'initier, dès la mise en service des locaux, leur rénovation pour réutilisation ou la cession des bâtiments laissés vacants.

2.3.2 La mise en œuvre

Annexe 6.1

20231016_diagnostic_technique_SDIE+

Annexe 6.2

20231023_organisation_spatiale_pièces_graphiques / 20231023_faisabilite_synthese_scenario

2.3.3 L'intégration du risque infectieux

En lien avec la crise sanitaire, le retour d'expérience nous impose d'engager une réflexion autour de l'adaptation des locaux à la prise en compte du risque infectieux pour un hôpital garant de la santé environnementale, modulaire et évolutif :

- Qualité de l'air intérieur :
 - o Penser la ventilation des locaux,
 - o Assurer l'aération naturelle par une ouverture des fenêtres en sécurité,
- Privilégier les chambres individuelles,
- Garantir l'Hygiène,
- Privilégier la modularité et l'adaptabilité des unités :
 - o Pouvoir isoler des zones d'hébergement,
- Disposer d'accès différenciés et sécurisés :
 - o Différencier les entrées et les sorties,
 - o Pouvoir distinguer les flux de patients infectieux des non-infectieux, dissocier les accès logistique/ des accès patients / des visiteurs, gestion des croisements propre/sale
 - o Multiplier les zones d'attente,

2.3.4 Intégration de la logistique médicale et hôtelière

Il faut adapter la gouvernance du projet logistique à ses futures évolutions, plateforme, logistique d'étage pour les bâtiments neufs et automatisation des distributions.

Il s'agit d'harmoniser, de mutualiser et de professionnaliser les organisations de l'EPSM par la digitalisation et l'automatisation des fonctions logistiques.

Objectif du SDIE+ : Renforcer l'appui logistique de proximité pour recentrer l'activité des soignants sur leur métier :

- o Prévoir des zones de stockage communes
- o Soulager les équipes de soins par l'automatisation des circuits de distribution



2.3.4.1 Pharmacie, automatisation de la dispensation nominative

La logistique hospitalière a tout à gagner des innovations technologiques. Les atouts de la robotisation et de l'automatisation, sont désormais incontournables. Alors que les personnels se raréfient et que l'attractivité de l'hôpital faiblit, le sujet doit être appréhendé par l'hôpital.

Pour aider les acteurs de santé, l'Anap met à disposition un panorama des solutions d'automatisation en pharmacie à usage intérieur, avec des fiches synthétiques décrivant l'équipement, les prérequis à son installation, les critères de choix ou encore les établissements l'ayant déjà déployé

L'EPSM Morbihan travaille à l'installation d'un robot pour sa pharmacie à usage intérieur. Le projet est piloté par la Pharmacie et la Direction logistique et travaux sur la base de l'outil Anap. Plusieurs visites ont eu lieu entre janvier et septembre 2023 et sur plusieurs sites équipés différemment : Lille, St Brieuc, Lorient, Roscoff...

A ce jour le COPIL Dispensation Automatisée Pharmacie utilise cette matrice de suivi de projet. Ce groupe devrait voir aboutir ses réflexions fin 2023 pour un investissement possible en 2024/2025. La solution retenue devra pouvoir être déployée dans les locaux actuels et s'intégrer progressivement dans l'organisation territoriale.

Annexe 6.9

20230830_planning_previsionnel_pdaa

(Pdaa_préparation des doses à administrer automatisée)





2. Un projet de réorganisation Écoresponsable, et vertueux en matière de développement durable : Principes de standardisation, de mutualisation, d'évolutivité et de modularité / Principes retenus en matière de développement durable

3.1 Principes de standardisation, de mutualisation, d'évolutivité et de modularité

Comme précédemment évoqué, une étude de potentiel de recomposition urbanistique et paysagère de l'ensemble du site et de réaffectation des fonctions de l'EPSM Morbihan a été confiée au cabinet « SEED in », c'est sur cette base que nous avons construit le projet actualisé du SDIE+.

La prise en compte des principes du développement durable en architecture conduit à des adaptations, des transformations et des innovations de la conception architecturale.

Celles-ci se manifestent selon différentes approches théoriques qui intègrent les notions de modularité et d'évolutivité comme catalyseurs d'un processus de conception écoresponsable.

Dès lors, il faut imaginer un projet ayant la capacité d'évoluer dans le temps, la modularité devenant un levier permettant un changement de destination possible.

C'est là qu'entre en jeu, l'intégration des principes du développement durable dans le processus de conception. En effet, dans le schéma classique du cycle de vie d'un bâtiment, la phase de conception est suivie d'une phase de réalisation, puis d'exploitation et, enfin, de démolition. Derrière la notion d'évolutivité se cache ainsi une *volonté de ne pas subir la fatalité de la démolition*, mais bien d'imaginer une possible évolutivité du projet, afin qu'il soit réhabilité ou transformé. Cela répond alors à la fois à l'évolution de la vie de l'hôpital, mais aussi à la quantité de bâtiments vacants, qui vont pouvoir bénéficier d'un changement de destination. Cela suppose alors l'adaptation des usages ou la mise en place de nouveaux usages, mais aussi la capacité des modules à être réinvestis, des cellules à évoluer, ou encore la possibilité pour de nouveaux modules de se mettre en place.

Enfin, cela pose la question de la structure existante, qui est le plus souvent réinvestie. Derrière la structure, c'est bien la trame d'un projet que l'on interroge, dans une recherche de nouveaux assemblages structurels, de réemploi des matériaux et de prise en compte de leur empreinte carbone, mais aussi d'intégration des usages et de leur évolution dans le processus de projet.

Cela introduit donc l'importance de réfléchir également sur le patrimoine existant et son évolution, en dépassant la logique de la table rase et de la prise en compte de la transition écologique uniquement sur les bâtiments neufs.

Des projets en partenariat avec les collectivités territoriales et les opérateurs du département

Un partenariat fort avec Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération qui s'est concrétisé depuis 2020, par la signature d'une convention Plan Climat Eau Air et Energie PCAET entre les établissements hospitaliers du Groupement Hospitalier Brocéliande Atlantique, le GIP SILGOM et la collectivité locale avec pour objectif d'engager des réflexions et de formaliser des plans d'action sur les thématiques telles que les déchets, l'énergie, la mobilité...

Cette collaboration se concrétise par :

- l'accompagnement sur les perspectives de développement des énergies renouvelables pour l'EPSM dans le cadre du schéma directeur immobilier et environnemental
- l'accompagnement sur la transition énergétique des sites extrahospitaliers par la rédaction de notes d'opportunités sur des projets tel que la biomasse, les chauffe-eau solaires, les panneaux photovoltaïques...
- le portage de projets communs.



Une collaboration avec Morbihan Energies permettra à l'EPSM Morbihan de bénéficier d'un accompagnement dans le cadre de la mise en œuvre de la transition énergétique. En effet, les compétences d'assistance et/ou de conseil de Morbihan Energies sont une véritable opportunité par l'apport d'une aide technique avec pour objectifs :

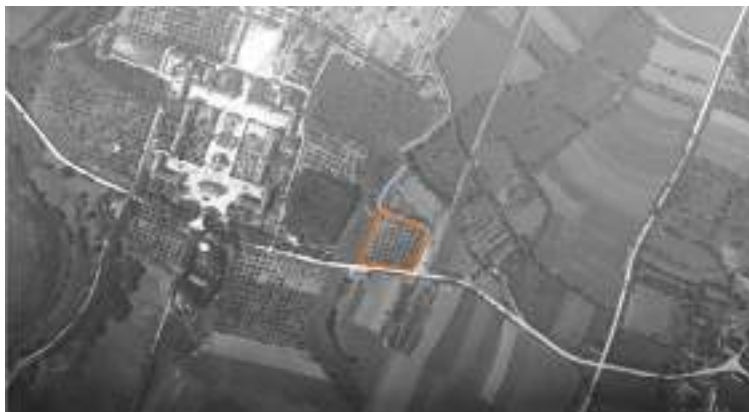
- d'accompagner au développement des projets énergétiques en lien avec Golfe du Morbihan - Vannes Agglomération par notamment l'étude d'opportunité de déployer une flotte de véhicule alimentée par la future station à hydrogène en cours de construction,
- d'intégrer le groupement d'achat d'énergie à horizon 2024 avec l'intégration des énergies vertes et/ou renouvelables.

L'ouverture sur la cité et l'inclusion territoriale

La modernisation de l'hôpital comme tiers lieu par l'abandon progressif du modèle dit pavillonnaire et en intégrant les espaces verts et paysagers s'effectue avec la création d'espaces intermédiaires entre l'hôpital et la ville.

L'urbanisation aux portes de l'hôpital psychiatrique

Le site en 1925



Dans les années 1920, la parcelle est cultivée et accueille un verger.

Le site en 1991



Au début des années 1990, peu d'évolution du site.



Le site en 2013



L'EPSM Morbihan est d'ores et déjà engagé dans des opérations d'inclusion dans la cité à l'instar du projet Parenthèse, situé dans la périphérie du site actuel, avec la construction d'un ensemble immobilier composé de 12 maisons individuelles et deux immeubles de 18 logements chacun. A la mise en service du bâtiment, début 2024, l'EPSM Morbihan y disposera en location d'appartements thérapeutiques dans le cadre d'un partenariat avec l'opérateur social, Morbihan Habitat.



3.2 Principes retenus en matière de développement durable, un site respectueux de l'environnement

- 3.2.1 La mobilité durable pour tous grâce à une bonne intégration urbaine des sites hospitaliers, une réflexion est engagée autour de :
- La création d'aménagements cyclables pour faciliter l'accès à l'établissement,
 - L'amélioration de la desserte par les transports en commun (fréquence bus, amplitude horaire en adéquation avec les amplitudes horaires des professionnels et les besoins des usagers notamment les week-ends et jours fériés),
 - L'aménagement et la préservation des espaces verts et naturels du site,
 - La création de « poches » de stationnement à la périphérie de l'établissement afin de réduire la circulation des véhicules sur le site par la restriction aux seuls véhicules de service.

Ainsi des accès par des modes « doux », pour les usagers comme pour le personnel seront permis par la diminution de l'emprise dédiée au stationnement pour les voitures. La circulation intra-muros sera priorisée pour les piétons et les cyclistes.



3.2.2 Un site à l'image d'un éco quartier par l'aménagement de l'hôpital pensé tel un site urbain à caractéristiques écologiques modernes intégrant la maîtrise des ressources nécessaires à l'hôpital et aux activités logistiques, jusqu'à la maîtrise des déchets produits.

Une réflexion est en cours et des études sont démarrées autour des thématiques suivantes :

- Schéma directeur des eaux pluviales en cours de réalisation.
 - o Ce schéma privilégiera la gestion des eaux pluviales par la perméabilité des terrains en maintenant des surfaces d'espaces verts et en évitant le transfert direct des eaux pluviales vers les réseaux publics. Le développement d'un écosystème local par la réalisation de noues, de bassins de régulation... afin d'éviter au maximum les réseaux étanches,
- La priorisation des déplacements doux, un site sans véhicule avec des poches de stationnement en périphérie, une étude de flux des circulations sera à réaliser par notre AMO spécialisé en environnement.
- La gestion des déchets en pensant les flux et les circuits des différentes filières de traitement ; en incluant dans le projet une plateforme de tri adaptée et adaptable avec des circuits de collecte optimisés, à réaliser par notre AMO spécialisé en environnement.
- L'intégration des énergies renouvelables dans les bâtis en engageant une réflexion sur le principe d'un site dans sa globalité, à réaliser par notre AMO spécialisé en énergies et réseaux.

3.2.3 Un travail sur la biodiversité est déjà réalisé, une note d'intérêt écologique faite par le représentant de la réserve naturelle des marais de Séné explique la présence d'une libellule protégée (l'Agrion de Mercure (*Coenagrion mercuriale*)) sur le site de l'EPSM. Il conviendra de compléter ce travail par un recensement du patrimoine arboricole et par la mise en œuvre d'un plan de gestion de notre espace boisé, à organiser avec notre AMO spécialisé en environnement.

- Le développement de jardins et promenades en utilisant nos zones humides comme point d'entrée pédagogique valorisant la transition écologique et la protection de l'environnement

3.2.4 Des énergies renouvelables et des bâtiments moins énergivores plus économes

Le décret tertiaire : Comment transformer l'obligation en une opportunité !

Avec la publication de la loi ELAN (Evolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique) en 2018, une nouvelle obligation s'est inscrite au Code de la construction et de l'habitation, relative à la réduction de la consommation énergétique du parc tertiaire français. Le décret tertiaire, entré en vigueur en octobre 2019, précise les modalités d'application de la loi ELAN sur les objectifs de réduction de la consommation énergétique des bâtiments à usage tertiaire français. Aussi appelé Eco énergie tertiaire, il fixe des objectifs de réduction ambitieux. L'objectif principal du décret est précisément chiffré :

- Une réduction de consommation énergétique de 40 % doit être atteinte dès 2030,
- Une réduction de consommation énergétique de 50 % est imposée en 2040,
- Une réduction de consommation énergétique de 60 % est obligatoire en 2050.

Il s'applique à tous les bâtiments de 1.000 m² ou plus utilisés à des fins tertiaires.

➤ Nos engagements dès fin 2023 :

- o La consultation de bureau d'études techniques nous aidera à programmer l'adaptation des infrastructures réseaux, à dimensionner nos besoins en énergies suite à la rénovation du site, pour ainsi intégrer la production d'énergie dans nos projets de constructions et décider de l'avenir de notre chaufferie GAZ et de son réseau primaire.



➤ Nos cibles :

- Construire à minima des bâtiments passifs et décarbonnés,
- Utiliser les énergies renouvelables et l'hybridation pour sécuriser le chauffage et la production d'eau chaude dans nos bâtiments (Géothermie, pompe à chaleur, biomasse),
- Produire de l'électricité à réinjecter sur notre réseau (panneaux photovoltaïques en toiture et sur ombrières de parking),
- Interconnecter nos bâtiments afin de suivre les consommations et les productions d'énergies en temps réel (Smart-building).

Aussi, nous avons commencé à récupérer ses données de consommation, pour mettre en place un système de management de l'énergie avec un plan d'action, réaliser un suivi et des revues périodiques afin d'être préparé au mieux en vue des objectifs à atteindre.



La première manière de baisser la consommation est d'agir sur la performance énergétique du bâtiment (isolation, chauffage, autoconsommation ...).

L'installation d'équipements performants et de dispositifs de gestion et de contrôle est également vecteur de réduction. Au-delà d'outils et d'équipements performants, le comportement des occupants (usagers et professionnels) est un point à travailler et à accompagner pédagogiquement.

Adapter les locaux pour un usage économe et sensibiliser le personnel à ces questions permettra également la diminution de la consommation énergétique des bâtiments.

Pour nous accompagner dans la mise en œuvre de ce décret, l'EPSM Morbihan s'est associé avec le GHBA. L'objectif est d'obtenir un accompagnement dans le cadre de l'élaboration de notre schéma directeur immobilier sur les axes suivants :

- Contractualisation avec un AMO spécialisé dans la gestion des énergies renouvelables et spécialiste du développement durable,
- Recrutement d'un économiste de flux, conseiller en transition écologique et énergétiques en santé, pour suivre et étudier nos consommations d'énergies et imaginer les énergies du SDIE+,
- Mise en œuvre d'un logiciel de gestion des énergies / tableaux de bord et collecte de données

Pour ce faire, depuis le 1^{er} septembre 2023, le recrutement territorial d'une conseillère en transition énergétique et écologique en santé est effectif. Ingénieure chargée d'études, diplômée des métiers de l'énergétique et de l'éco énergétique, elle accompagnera l'EPSM une semaine par mois pour traiter les sujets du développement durable et des transitions à mettre en œuvre. Elle sera garante d'un pilotage actif de la transition écologique avec nos partenaires et auprès des usagers des bâtiments du futur EPSM.

Les sujets à traiter en priorité seront les suivants :

1/ analyse des contrats d'énergies et tableaux de bord

2/ décret tertiaire, point d'étape et plan d'actions 2030



3/ bilan carbone, pilotage prestataire et plan de décarbonations d'activité

4/ SDIE+, recrutement et pilotage des AMO environnement, énergies, mobilité

- Pour atteindre ce résultat, nous allons intégrer dans le SDIE+ le sujet de l'atténuation de l'empreinte environnementale de notre projet par la commande d'études des mesures ERC, elles seront un complément de la mission d'accompagnement d'AMO en environnement.
 - **Éviter, Réduire, Compenser** (ERC) sera le fil conducteur de l'intégration de l'environnement dans notre projet, ainsi que dans nos plans et programmes. Ce principe s'inscrit pleinement dans le prolongement de la Charte pour l'environnement de 2004 et la Loi Grenelle de 2009.

- Concernant les ressources, eau et énergies, nous construisons la mission de notre AMO en suivant ces axes :
 - Schéma Directeur Energie, la cartographie et le bilan du patrimoine existent et sont réalisés (cf diagnostic technique en annexe). Il reste à identifier des potentiels de gains énergétiques par bâtiment et par poste après bilan thermique
 - Etude détaillée du potentiel de recours aux énergies renouvelables et de récupération en vue d'assurer aux bâtiments leur autonomie énergétique sur leur consommation
 - Stratégie de préservation de la ressource en eau, la sécurisation de l'approvisionnement sera un sujet primordial lors des études, concernant les réseaux et la distribution in situ nous allons devoir bannir les fuites et les pertes en ligne, les équipements et terminaux de distributions devront quand eux être économes modulables et compatibles à nos obligations règlementaires)
 - Pour la gestion des effluents, une réflexion sur le système de traitement sera envisagée afin de ne rejeter au réseau EU des eaux chargées en bactérie en évitant les eaux claires et la pollution aux médicaments (utilisation de la phytoépuration, de centrale de mesure ou de prétraitement avant rejet) Ce travail sera à faire avec le gestionnaire de la compétence des eaux usées de GMVA.

3.3 Engagement de l'EPSM Morbihan

L'EPSM s'engage dans la construction passive et bas carbone avec un objectif de production d'énergie

L'ensemble des rénovations du projet sera réfléchi sur cette base afin de conserver un maximum de bâtiments existants en favorisant le réemploi et l'économie circulaire.

L'objectif prioritaire est de construire ou de rénover des bâtiments permettant de garantir :

Le confort thermique été comme hiver, pour les patients et les usagers en privilégiant la réalisation de travaux économes en ressources.

Nous devons,

- Bien choisir le ou les terrains, il devra être favorable à l'emprise du projet avec les bonnes orientations.
- Favoriser la compacité des projets afin d'être économe en production de CO²,



- Réduire les quantités de béton d'acier et de verre, privilégier le bois ou les matières biosourcées et les conceptions bioclimatiques,
- Investir dans les isolants biosourcés et utiliser des matériaux composant l'enveloppe de l'habitation afin de ralentir les transferts de chaleur (déphasage),
- Penser à la qualité de l'air intérieur, au traitement du radon. Utiliser des produits naturels et limiter l'apport de COV et de perturbateurs endocriniens.
- Limiter les climatisations, voir les éviter par une conception bioclimatique, par l'utilisation du renouvellement d'air naturel et des concepts de construction par puits d'air frais, ventilation nocturne et traversante.
- Choisir des revêtements à fort albédo, installer des dispositifs de protection solaire, rafraîchir les espaces intérieurs par le sol, si besoin impératif de rafraîchir nous utiliserons des méthodes adiabatiques couplés à la ventilation (Le rafraîchisseur adiabatique représente un dispositif bioclimatique respectueux de l'environnement)
- Améliorer l'isolation des bâtiments existants et l'inertie des parois opaques et végétaliser la structure et les abords.

Le confort acoustique des espaces

L'établissement s'est également engagé dans l'amélioration du confort acoustique au-delà des obligations réglementaires en lien avec la population accueillie par site.

Nos équipes ont fait le constat, dans certains locaux et en lien avec leur usage d'une sensation de gêne par décalage de phase rendant plus difficiles la compréhension et les échanges verbaux. Cette situation a un impact sur la population accueillie sur :

- La qualité de la communication et des échanges verbaux dans certains cas,
- L'agitation, des troubles de l'attention générés par le bruit,
- L'incapacité à comprendre les besoins d'expression des patients,
- Les patients souffrant de particularités sensorielles : le bruit est une agression physique pour eux et la réponse est souvent l'agressivité et les cris...

De plus le bruit amène une fatigue auditive chez les professionnels de santé.

Partant de ce constat, un travail en lien avec une entreprise d'innovation dans le domaine acoustique (APHNOS/MMD Acoustique) a été menée et la mise en œuvre de panneaux acoustiques haute performance a été réalisée. Une attention particulière sera accordée au confort acoustique dans les travaux de reconstruction du site de St-Avé.

Plus globalement, la prise en compte de l'ergonomie au travail dans nos constructions est systématique. L'ergonome du GHBA intervient tout au long du processus de conception en tant que conseiller des phases de préprogramme à l'APS, des questions d'usages réels (et non pas seulement théoriques) en scénarisant et en simulant les espaces futurs à partir de situations de travail caractéristiques.

3.3.1 Des modes de gestion de travaux écoresponsables

Notre objectif est d'intégrer dans nos futurs marchés de déconstruction et/ou de réhabilitation des clauses de réemploi et de recyclage.

Sur la première phase de déconstruction des bâtiments Oasis et Sirius d'une surface de 4 760m², l'EPSM est engagé dans des études avec la collectivité territoriale local, GMVA. Ce premier chantier de déconstruction sélective intégrera une démarche de réemploi et de recyclage, Au préalable, un diagnostic Produits, Matériaux, Déchets (PMD), qui remplace depuis le 1er juillet 2021 le diagnostic Déchets est à l'initiative de l'établissement.

Ce diagnostic nous permet de :

- Faire l'inventaire détaillé, quantifié et localisé des matériaux, produits de constructions,
- Estimer la nature et la quantité des matériaux,



- Lister de manière indicative les filières de collecte, tri, valorisation et élimination des déchets.

3.3.2 La gouvernance de la stratégie de développement durable

A l'échelle de l'ESPM MORBIHAN :

L'ESPM Morbihan est engagé depuis 2010 dans une démarche de Développement Durable prise en compte dans les différents volets de son Projet d'Etablissement. La dimension du soin prend en compte l'impératif écologique car tout établissement sanitaire ou médico-social participant au développement durable et à la protection de l'environnement, protège la santé de ses patients.

Résolument convaincu que le développement durable participe à la qualité des soins et à la prise en charge des usagers, un comité de pilotage est mis en place depuis 2018 avec des groupes de travail annuels qui investiguent différentes thématiques telles que la réduction des déchets, la gestion des espaces verts, la mobilité et ont pour mission chaque année la définition et la mise en œuvre concrète sur le terrain d'un plan d'actions.

Ainsi, plusieurs actions pilotées institutionnellement ont été mises en place :

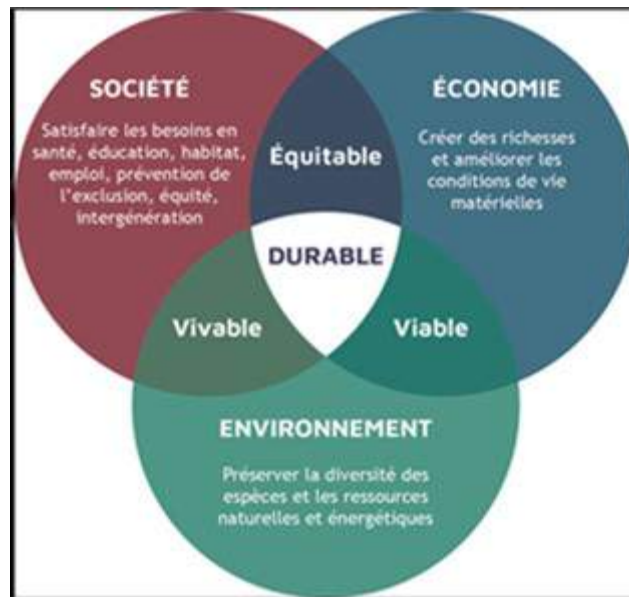
- La mise en valeur du parc de l'établissement et de sa biodiversité intégrant un parcours santé à destination de l'ensemble des usagers,
- La réduction de la quantité des déchets à la source avec conjointement une amélioration du tri et le développement des filières de valorisation (tri des déchets recyclables du verre, du papier confidentiel, des mégots...).
- La participation au recensement des espaces protégés dans le cadre de l'atlas de la biodiversité avec les collectivités territoriales.
- La création de jardins communs et promenades, intégrant l'installation d'un espace de jeux permettant un usage professionnel et de loisirs.
- La renaturation des cours d'eau du site de St Avé grâce à notre partenariat avec Golfe du Morbihan Vannes Agglomération en charge de la compétence exclusive et obligatoire relative à la gestion des milieux aquatiques et la prévention des inondations (GEMAPI)

A l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire

Des actions sont déjà partagées dans le cadre notamment de la fonction Achat territorialisée. Un COPIL DD Territorial existe, il est conjointement piloté par les directions de l'ESPM et du CHBA afin de mutualiser certaines compétences, ceci pour intégrer le développement durable comme un objectif stratégique de l'ESPM et du GHBA, nous avons convenu de :

- ✓ Proposer et construire une politique de développement durable
- ✓ Développer et animer des partenariats
- ✓ Animer des actions en lien avec les partenaires locaux.

Le tout sur la base des grands piliers du DD comme axes de travail : **Equitable/Durable/Vivable/Viable**
:



Sur cette base, les missions du COPIL DD Territorial sont les suivantes :

- ✓ Piloter un plan d'actions à l'échelle territoriale
- ✓ Accompagner les établissements dans la déclinaison d'un plan d'actions
- ✓ Animer des actions en lien avec les partenaires locaux
- ✓ Relayer les actions de communication territoriale
- ✓ Accompagner le SDIE+ dans la mise en œuvre de son volet DD
- ✓ Accompagner la réglementation en matière de transition énergétique.
- ✓ Rechercher des subventions/accompagnement



3. Stratégie foncière

Le schéma directeur immobilier définit les orientations stratégiques du patrimoine immobilier, les objectifs cibles, leur priorisation. La programmation du SDIE+ prévoit différentes phases, avec pour objectif de mener à terme ses projets dans le respect de la qualité, de la sécurité, des coûts et des délais.

Dans le cadre du financement global de son schéma directeur immobilier et environnemental, l'EPSM Morbihan a souhaité définir la valorisation financière des emprises prévues en cession. Nous réalisons actuellement une étude de potentiel des cessions et des reconversions à engager entre 2024 et 2034, ceci avec l'aide de différents partenaires comme, Morbihan Habitat, les agences immobilières d'entreprises locales, la mairie de Saint AVE. Le périmètre de l'étude correspond au site du 22 rue de l'hôpital à Saint-Avé dont les zones envisagées en cession sont en hachurées sur le plan joint en annexe. Ce potentiel de cessions représente environ 60 000m² de terrain pour le site de SAINT AVE.

L'étude de potentiel est réalisée par les services de l'EPSM afin d'identifier tous les opérateurs potentiels privés et publics. Le but étant de travailler avec la Mairie de St AVE afin de se coordonner avec la mise à jour du PLU initiée par la ville, tout en considérant la qualité environnementale du site.

4.1 Zonage et révision du PLU : Annexe 6.8

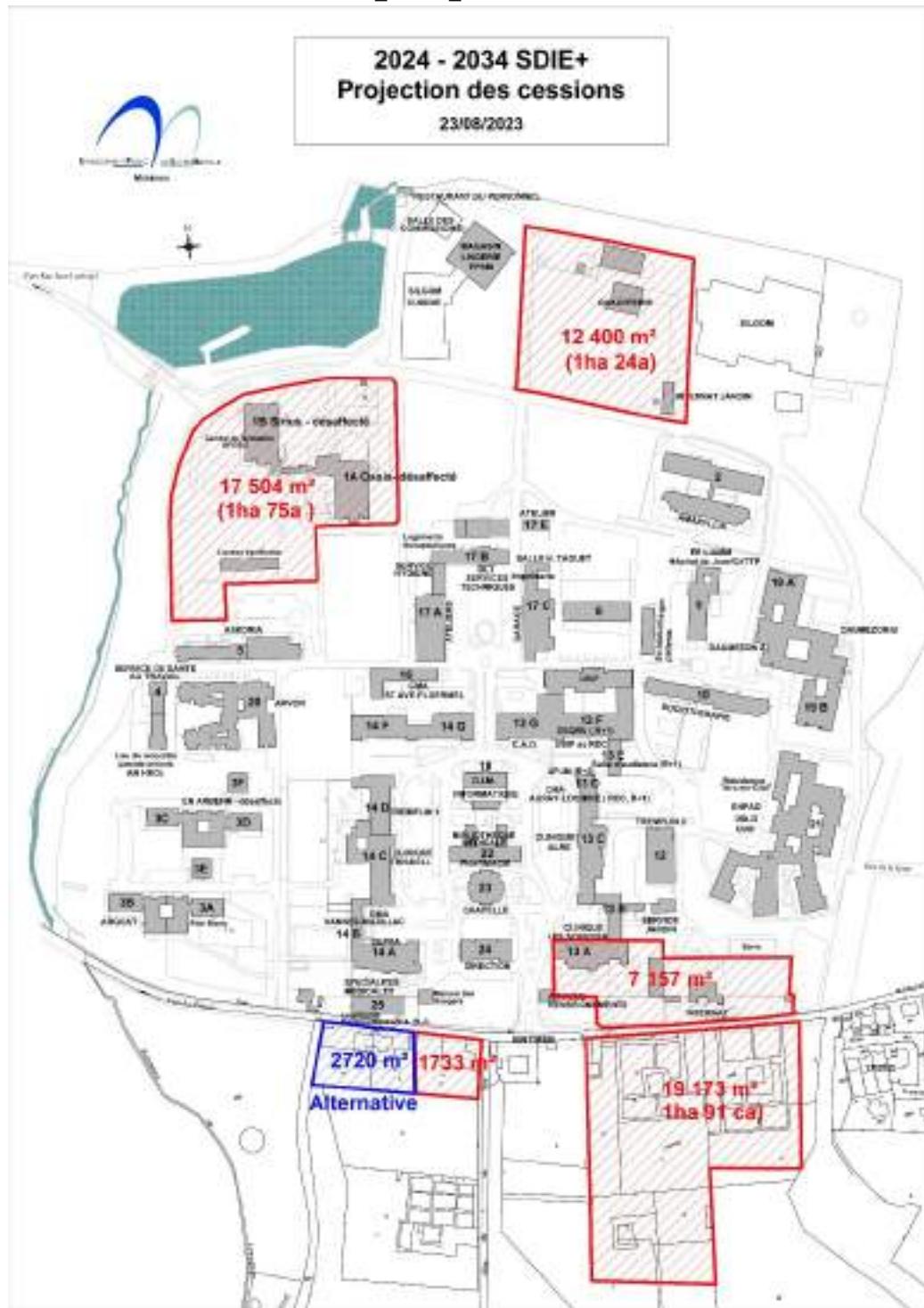
Foncier SUD et NORD

Au regard de de la révision du PLU en cours pour la ville de St Avé, nous avons échangé avec Mme Le Maire et son équipe au sujet de la valorisation potentielle du foncier de l'EPSM dans le cadre de son SDIE+.

- *Devenir de la bande Sud-Ouest* de parcelles situées allée du bois. Classement Ubb = constructible habitat. Déclassement du zonage Ubb dans le nouveau PLU
 - o Oui, il est confirmé pour un passage en zone Naturelle pour une zone du secteur sud-ouest.
 - o Le déclassement de la parcelle en N (zone naturelle ou bois) ne permet pas la construction neuve. Cependant pour l'habitat existant il permet :
 - Rénovations extensions possibles à hauteur maximum de 50% de la surface initiale de la construction dans la limite de 50m²
- *Devenir de la bande Sud-Est* de parcelles situées allée du bois, classement Ubb (constructible habitat). Vente éventuelle de parcelles pour la valorisation du foncier. A l'étude par les services de l'urbanisme, un avis favorable a été donné par la Mairie en 2023, l'avis des services de l'Etat au sujet du PLU de St AVE sera acté en 2024 après enquête publique.
 - o Nous souhaitons cristalliser le zonage et garder la parcelle 8 avec la maison de maître historique
 - o Accord de la Mairie car intérêt architectural de la maison.
- *Pour le bois en zonage N* au sud de la parcelle (naturel et bois) et les parcelles autour du terrain de sport en zonage Ubi (infrastructure sportive uniquement) : l'EPSM souhaite s'engager dans un plan de gestion du bois afin de conserver la maîtrise environnementale de l'EPSM. Pas de valorisation possible
- *Le site intra-muros et la parcelle Ubs* (construction en lien avec la santé). Comment valoriser le foncier intra-muros classé en Ubs ? Grâce à la compatibilité avec le zonage entre une activité tertiaire et l'EPSM, si le lien avec le sanitaire et social existe : fabricants de dispositifs médicaux, logistique... Nous avons convenu de la vente de parcelle au SILGOM, qui souhaite reconstruire sa blanchisserie. Le logement semble aussi être compatible avec le classement Ubs, comme pour des appartements thérapeutiques, ou du logement social éventuellement.

4.2 Projection des cessions :

Annexe 6.7
20231016_SDIE+_foncier-vs-cession





4. Ordonnancement des opérations : point d'étape

Annexe 6.3

20231016_planning_previsionnel_operation_SDIE+

5.1 Ordonnancement

Dernier trimestre 2023 début 2024 : Phases études :

Préparation des dossiers de consultation des prestataires AMO et bureaux d'études techniques pour les accompagnements suivants :

- MAJ du contrat d'AMO pour la construction du bâtiment admissions, 100/105 lits et du bâtiment d'HTC pour adolescents, 12/15 lits
- AMO pour la rénovation extension des Amaryllis, 15 lits
- Finalisation du schéma directeur des eaux pluviales et loi sur l'eau
- Mission d'études environnementales comprenant les mesures ERC, les diagnostics écologiques et les études de flux, stratégie de construction.
- Mission d'études énergétiques, énergies et infrastructures réseaux
- MAJ de la faisabilité et du potentiel géothermique du site
- Préparation de l'appel à projets pour la programmation des cessions de foncier.

Phase N°1 : 2024/2029

Admission et court séjour, construction des 3 cliniques sectorielles, du CEPRa, du CAO. Intégrer le programme pour l'HTC adolescents.

Le contrat avec l'assistant à maîtrise d'ouvrage est déjà notifié il reste à mettre à jour. L'étude fonctionnelle est en phase de validation et reste à mettre à jour.

- (Les échanges et les études sont en cours depuis le 24 février 2022)
- La fourniture du programme fonctionnel incluant une projection financière est faite et reste à mettre à jour
- Le programme technique détaillé devrait être finalisé au premier semestre 2024.
- L'organisation du concours de maîtrise d'œuvre est prévue pour second trimestre 2024
- La contractualisation avec le maître d'œuvre se fera au dernier trimestre 2024
- Démarrage des travaux de construction projeté pour fin 2025, réception en 2028/29.
 - o Schéma organisationnel retenu pour le programme fonctionnel

Unité adolescents 12 lits à 15 lits → Engagement des études d'assistance à maîtrise d'ouvrage en 2024 :

- Fourniture du programme fonctionnel et du programme technique détaillé mi 2024
- L'organisation du concours de maîtrise d'œuvre est prévue avec celui du bâtiment des admissions
- Contractualisation avec le maître d'œuvre dernier trimestre 2024
- Démarrage des travaux de construction projeté en 2026, réception en 2028/29.

Phase N°1 bis : 2025/2029

Réhabilitation psycho-sociale, bâtiment les Amaryllis → Après engagement des études d'assistance à maîtrise d'ouvrage en 2024 :

- Fourniture du programme fonctionnel et du programme technique détaillé dernier semestre 2024
- L'organisation du concours de maîtrise d'œuvre est prévue pour second trimestre 2025
- Contractualisation avec le maître d'œuvre dernier trimestre 2025
- Démarrage des travaux de construction projeté pour fin 2026, réception en 2027/28.

Phase N°2 : à partir de 2029



Unité d'addictologie 15 lits → Après consultation après transfert du CEPRA dans le bâtiment neuf

:

- Démarrage des travaux de rénovation légère en 2029.

Suite des travaux :

A suivre sur le même principe organisationnel, le plateau technique et les spécialités médicales, l'unité Tremplin, l'USIP et le secteur pour détenus, la pharmacie, les logements et l'internat et appartements thérapeutiques puis l'espace de restauration-salle des commissions pour poursuivre avec le pôle management et les directions, le pôle culturel, la logistique.

Et enfin pour terminer l'unité de psychiatrie de la personne âgée en 2034, sous réserve de la confirmation de cette tranche conditionnelle.

Infrastructures et réseaux :

Dévoisement, déplacement et adaptation des réseaux structurants → 2024-2034

- 2024/2034, études/travaux pour renfort du poste de livraison (pour les 120 lits), du poste centre (sous le bâtiment 18) et déplacement/suppression du poste sous le bâtiment 1A, engagement du changement de tension restant à uniformiser sur l'EPSM (zone centrale). Intégration des bornes de recharges électriques et de la production photovoltaïque.
- 2025/2027, déplacement et/ou suppression de la chaufferie centrale, construction d'un nouveau modèle de production de chaleur et d'eau chaude sanitaire, engagement des travaux sur une base d'hybridation des productions.
- 2026/2027, étude/travaux pour rénovation du circuit des flux de circulation de l'EPSM, intégrer mobilité douce, parking et voiries
- 2027/2028, études et travaux à coordonner avec les services de la Mairie pour création du carrefour d'accès à la nouvelle entrée de l'EPSM, intégrer parcs et jardins d'entrée
- 2025/2026, études et travaux pour cessions sud puis à suivre en études et travaux pour cessions nord, libérations des réseaux



VII – LE PROJET PSYCHOLOGIQUE

« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues »¹

Préambule

Conformément à la loi Santé de 2016, les établissements de santé sont incités à écrire un Projet Psychologique. Soutenu par la Direction, son écriture est confiée au Collège des psychologues.

Après le projet 2019-2023, dont le bilan sera détaillé en partie V, nous présentons ce nouveau projet 2024-2028 qui s'appuie sur les axes du Projet de Prise en soin du Patient (PPSP). La richesse des échanges du PPsP et les rencontres institutionnelles qui ont suivi au sein des pôles et intersecteurs dynamisent les réunions du collège et nous invitent à repenser constamment les moyens qui permettent de prendre en compte la dimension psychique des personnes accueillies sur notre établissement.

Nous souhaitons vivement que les élaborations de ce projet inspirent et contribuent à l'évolution de l'EPSM Morbihan et notamment autour de la notion de

« soins » qui a traversé tous nos travaux lors de cette révision.

Ainsi, le soin psychique, c'est favoriser les conditions qui permettent aux patients de nous adresser leur souffrance.

Notre fonction est de recevoir la parole des patients. Notre intérêt se porte aussi sur ses conditions de soin.

Le transfert/la relation thérapeutique : le traitement est indissociable du contexte relationnel dans lequel il s'effectue.

Cela suppose la mise en place d'une situation d'interlocution, de miser sur la rencontre, une pratique du lien social particularisé, une pratique relationnelle de l'écoute, de la parole et du soutien bienveillant qui est assuré par plusieurs professionnels (Anne Golse, *Le psychologue en service de psychiatrie*). Nous permettons que le drame de la maladie qui fait irruption dans la vie du sujet soit inclus dans une narration, une histoire (Canguilhem). Le psychologue accompagne les patients dans une appropriation subjective de leurs difficultés. Nous permettons au sujet de repérer la logique de ses choix et de ses actes, de s'éloigner du risque de la répétition qui peut le conduire au pire ou de le soutenir dans la mise au point de solutions utiles à un maintien de la vie sociale (Caroline Doucet dans *Le psychologue en service de psychiatrie*).

¹préambule du code de déontologie des psychologues, version septembre 2021



Il y a un réglage des soignants sur le projet du patient.

En équipe, cela suppose de prendre le temps de penser, à rebours de l'injonction moderne à aller vite ou à gagner du temps. Le psychologue soutient la mise en place de différents dispositifs dans lesquels il s'agit d'élaborer la clinique (C. Doucet dans *Le psychologue en service de psychiatrie*).

Le psychologue est partenaire de l'équipe et du sujet, il fait place à leurs inventions. Le psychologue soutient les professionnels de soin dans l'accueil du sujet et la constitution d'une pratique éclairée. (ibid)

Le psychologue est concerné et impliqué afin que l'institution psychiatrique continue d'être un abri et un accompagnement pour ces sujets en équilibre fragile dans leur rapport à l'Autre (A. Le Bouetté, *Le psychologue en service de psychiatrie*).

Introduction

Tel que défini par la loi L6143-2 et en conformité avec les circulaires DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 et DGOS/RH4/2012/396 du 26 novembre 2012, le projet de psychologie vise une prise en compte des aspects psychologiques et enjeux psychiques dans la prise en charge du patient. Il se construit en cohérence avec le projet de l'établissement, le projet médical et le projet social. Dans notre établissement, il découle du Projet de Prise en soin du Patient de l'EPSM du Morbihan, et en constitue un volet.

Le psychologue fait partie de l'équipe pluridisciplinaire et participe, avec elle, à la prise en charge thérapeutique du patient. N'étant pas un professionnel de santé - au sens de l'article L.416-1 du Code de la Santé Publique - le psychologue occupe une place particulière au sein de l'hôpital ; le projet psychologique est l'occasion d'en préciser les contours en définissant les missions du psychologue dans l'institution. Celles-ci se déclinent autour de trois fonctions – clinique, clinique institutionnelle, et FIR (formation information recherche) que nous nous attacherons à définir et autour desquelles ce projet se déclinera.

1. Les psychologues dans la fonction publique hospitalière

Le métier de psychologue est défini et encadré par divers textes, fondateurs de notre profession.

1.1 Protection du titre de psychologue - loi du 25 juillet 1985-article 44

L'usage professionnel du titre de psychologue, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie préparant à la vie professionnelle et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'État ou aux titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent aux diplômes nationaux exigés. L'usage du titre est protégé par l'article 44 de la loi 85-772 du 25 Juillet 1985.

¹ Annexe 1 : Loi de santé L6143-2



Tout psychologue de la fonction publique hospitalière a donc suivi une formation universitaire complète de cinq années au moins et obtenu une licence et un DESS ou un MASTER 2 en psychologie, ainsi qu'indiqué dans le décret n°91-129 du 31 janvier 1991.

Les psychologues peuvent accéder au concours sur titre de la fonction publique hospitalière vu l'arrêté du 10 janvier 2008, modifié par l'arrêté du 22 avril 2008, texte n°37.

1.2 Protection du titre de psychothérapeute

L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes, comme établi par l'article 52 de la loi du 9 août 2004 n°2004-806. Le titre de psychothérapeute est protégé par le décret n°2010- 534 du 20 mai 2010.

Il est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master mention psychologie ou psychanalyse.

1.3 Code de déontologie des psychologues⁴

Ecrit initialement en mars 1996 et actualisé en 2012 puis en 2021 par le CERéDéPsy (Construire ensemble la réglementation de la déontologie des psychologues), le Code de déontologie des psychologues définit le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique comme relevant d'un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

Ce Code de déontologie n'a pas de valeur légale mais il est destiné à servir de règle professionnelle aux détenteurs du titre de psychologue, quels que soient leurs modes d'exercice, leurs cadres professionnels, ou leurs activités d'enseignement et de recherche.

1.4 Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière -2005⁵

Selon sa fiche métier, « le psychologue, en articulation avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, conçoit, élabore et met en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre, en prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité ».

Ce répertoire décline les diverses activités et savoir-faire du psychologue. La circulaire DGOS d'avril 2012 révisé cette fiche métier, aujourd'hui il s'agit de la fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière code 10P10, code ROME K1104. La circulaire permet de diviser les missions des psychologues selon trois axes : activités cliniques auprès des patients, activités cliniques institutionnelles et activités de formation, d'informations et de recherche.

³Annexe 4



1.5 Inscription auprès de l'ARS, numéro RPPS⁶

Le titre de psychologue est protégé, cela implique donc que les psychologues et psychothérapeutes soient inscrits depuis juin 2024 au RPPS (répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé), anciennement ADELI.

La circulaire DHOS/P 2/DREES n° 2003-143 prévoit une liste exhaustive des diplômes permettant l'enregistrement des psychologues dans un répertoire des métiers (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Chaque psychologue, comme les professions médicales et les auxiliaires médicaux, doit faire enregistrer ses diplômes auprès de l'ARS. Cela protège contre l'exercice illégal de la profession (peines prévues à l'article 259 du Code Pénal).

1.6 Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991⁷

Ce décret portant statut particulier des psychologues de la FPH, définit de manière générale les missions du psychologue dans ses trois fonctions - cliniques, institutionnelles et de recherche - et pose le cadre statutaire de la profession.

1.7 Circulaire du 30 avril 2012⁸

Cette circulaire définit de manière plus fine les fonctions du psychologue, elle introduit aussi une dimension administrative et conforte les initiatives de structuration de la profession au sein des établissements.

⁴Annexe 2 : Code de déontologie des psychologues

⁵Annexe 3 : Fiche métier

⁶ <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-rpps>

⁷ Annexe 4 : Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991

⁸ Annexe 5 : Circulaire du 30 avril 2012



1.8 Les liens hiérarchiques des psychologues de la fonction publique hospitalière

Le psychologue est en liaison fonctionnelle avec son responsable de service, il est tenu de s'inscrire dans le cadre du projet de service, en fonction de sa qualification et de sa

1.9 Les spécificités du psychologue hospitalier

Le Psychologue Hospitalier est un professionnel intervenant dans le système de santé

Conformément au décret du 31 janvier 1991 portant statut des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière :

« Les psychologues de la fonction publique hospitalière exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel. »

Au regard des textes précédemment cités, ses principales missions sont :

- Recueil et analyse des besoins et des demandes d'interventions.
- Conception et élaboration d'interventions psychologiques et thérapeutiques auprès des patients et de leurs familles. Pratiques d'entretiens individuels ou collectifs.
- Psychothérapies individuelles et de groupe.
- Élaboration du diagnostic sur le fonctionnement psychique d'un patient.
- Bilan psychologique (recueil d'information, entretien, interprétation et synthèse, restitution).

Collaboration avec les autres membres de l'équipe pluri-professionnelle.

- Contribution à l'élaboration des projets d'unité, de pôle et/ou d'établissement.
- Accueil, encadrement et formation des étudiants stagiaires.
- Intervention auprès d'équipes pluri professionnelles interne ou externes (formation, soutien, groupes de parole, analyses des pratiques, analyse institutionnelle)
- Travail d'évaluation par le biais de groupes de réflexion et de supervision théorico-clinique entre professionnels ou par toutes autres méthodes spécifiques.
- Participation à la vie du Collège des psychologues et à la vie institutionnelle de l'établissement.
- Réalisation d'études et recherches en psychologie.

Ces missions se déclinent de manière très diverses dans la pratique en fonction des psychologues eux-mêmes, de leur formation et des services dans lesquels ils interviennent.

Le psychologue s'inscrit dans le système de santé au travers d'une démarche professionnelle propre. En accord avec le code de déontologie, *« il est responsable en toute autonomie du choix et de l'application de ses modes d'intervention, des méthodes ou techniques qu'il conçoit et met en œuvre, ainsi que des avis qu'il formule.*

Il défend la nécessité de cette autonomie professionnelle inhérente à l'exercice de sa profession notamment auprès des usagers, employeurs ou donneurs d'ordre. Au préalable et jusqu'au terme de la réalisation de ses missions, il est attentif à l'adéquation entre celles-ci et ses compétences professionnelles.

Il peut exercer différentes missions et fonctions. Il est de sa responsabilité de les distinguer et de faire distinguer leur cadre respectif. »



1.10 Régime forfaitaire du temps de travail

« Historiquement, l'ancien article 12 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 instituait le choix entre un décompte en heures et un forfait en jours pour les psychologues de la fonction publique hospitalière.

Le décret n° 2021-1544 du 30 novembre 2021 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière (article 3) ré-écrit cet ancien article 12 : seul le forfait en jours subsistera.

Ce texte a été complété par l'arrêté du 22 avril 2022 relatif aux personnels de la fonction publique hospitalière soumis à un régime forfaitaire du temps de travail qui inclut les psychologues. Désormais, il n'y a plus de choix : le temps de travail est décompté en jours.

Cela est défini dans la nouvelle rédaction de l'article 12 du décret n° 2002-9 du

⁴ janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : désormais, la loi stipule que nous sommes des «agents dont la durée du temps de travail ne peut être prédéterminée et qui disposent d'une réelle autonomie dans l'organisation de leur emploi du temps pour l'exercice des responsabilités qui leur sont confiées». »⁹

⁹ <https://www.psychologue-legislation.com/statuts.php#temps-de-travail-et-organisation-du-travail>



2. Fonction Clinique

« Faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique »

La prise en compte du psychisme en tant que tel constitue la spécificité du travail du psychologue : « La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte »¹⁰.

Le psychologue se réfère à son code de déontologie qui lui offre des repères éthiques indispensables à sa fonction, il s'engage dans le soin à partir d'une orientation théorique de son choix, précisons que « La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ses techniques ».

2.1 Les lieux d'intervention des psychologues

Voici la répartition des effectifs de psychologues par pôle :

Pôles	Effectifs Physiques	ETP associés
M.A.S.	2	1,5
POLE DES SPECIALITES	1	1
POLE SAINTAVE PLOERMEL LOCMINE	10	9,1
POLE VANNES MUZILLAC AURAY	16	14,9
PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT	29	23,9
RESSOURCES HUMAINES (Psychologue du travail et Dispos)	3	2,8
Total général Psychologue	61	53,2

Affectés par pôle, les temps de psychologues se répartissent ensuite dans les services d'hospitalisation complète et de jour, dans les CMP et CMPS, et les intersecteurs. Pour une lecture plus détaillée de cette répartition, se référer à l'annexe 6.

Attachés à la notion de secteur, les psychologues assurent au mieux la continuité des soins entre l'intra et l'extra-hospitalier.

¹⁰Annexe 2 Code de déontologie des psychologues



2.2 Les demandes d'intervention du psychologue

Les interventions des psychologues font suite à des demandes émanant :

- Du patient et/ou de sa famille
- Des équipes pluriprofessionnelles des différentes structures du secteur
- Des collègues psychologues
- Des médecins
- Des différents services de l'EPSM (CEPRA, USIP, CPEA...)
- De l'ensemble du réseau : libéral (médecin traitant), hospitalier (CHBA), social, scolaire, médicosocial et de prévention (Médecins/psychologues scolaires, Médecins de PMI, CMS, Sauvegarde56 ou ASE, PAEJ, MDA etc)

Les procédures d'accueil mises en place dans les différentes structures ne permettent pas toujours aux demandes directes de suivi psychologique d'aboutir. Ceci va à l'encontre du principe 1 du Code de déontologie qui dit que dans le cadre du « respect des droits de la personne, il favorise l'accès direct et libre de toute personne au psychologue de son choix ».

2.3 Les types de prise en soin

Les psychologues prennent en soin individuellement ou collectivement des patients et leur entourage selon différentes approches thérapeutiques (psycho-dynamique, psycho-corporelle, analytique, systémique, cognitive comportementale et émotionnelle, art-thérapeutique, neuropsychologique, éthnopsychiatrique, ...).

Le psychologue a le souci permanent d'adapter et de créer ses outils thérapeutiques pour répondre au mieux à la demande et aux besoins des patients qu'il rencontre, en articulation avec le projet de soin institutionnel.

Prises en soins individuelles

- Entretiens d'aide au diagnostic, à l'orientation, dans le cadre des hospitalisations
- Permanence d'accueil de la parole dans les unités d'hospitalisation sans prise préalable de rendez vous
- Consultations psycho-traumatiques, CUMP (cellule d'urgences médico-psychologiques)
- Entretiens de suivi
- Bilans psychologiques : à visée d'aide au diagnostic, ils permettent une évaluation du développement psycho-affectif, des processus projectifs, cognitifs, émotionnels, comportementaux...

Les outils utilisés sont multiples (tests, échelles, questionnaires, entretiens...), et leur utilisation relève spécifiquement de la formation du psychologue et donc de sa responsabilité. Le recours aux outils permet de médiatiser la relation, afin d'affiner le projet de soins individualisé du patient.

- Psychothérapies : Elles visent à aider le patient, adulte ou enfant, à mettre du sens sur ce qui lui arrive, à mettre des mots sur sa souffrance, à engager un remaniement psychique, à tendre vers un équilibre psychique et relationnel.

Les modalités de psychothérapies sont définies entre le patient et le psychologue qui tient avant tout compte de la singularité du patient et de sa problématique.



Prises en soin des couples et des familles

En pédopsychiatrie, les prises en soin familiales sont inhérentes au soin du fait de la situation - la demande de soin étant portée par la famille de l'enfant. La question de la demande de prise en compte des difficultés doit donc être travaillée à un double niveau, celui du patient et celui de sa famille. Les prises en soin consistent en des accompagnements familiaux, des soutiens à la parentalité, des entretiens de suivi ou de thérapie familiale, dans chaque unité de soin, en lien ou non avec la cellule systémique de thérapie familiale organisée au sein du pôle de pédopsychiatrie.

En psychiatrie adulte, il y a aussi lieu de distinguer les entretiens familiaux, ou de couple, de la thérapie familiale, ou de couple. Dans le premier cas, ils peuvent avoir lieu avec le psychologue dans la situation d'hospitalisation complète, d'hôpital de jour, ou de CMP. L'indication a lieu à partir de l'unité de soin, ou à partir d'un suivi individuel engagé. Pour la thérapie familiale, la demande peut émerger de staffs pluri- disciplinaires en CMP, elle peut être indiquée à partir de suivis d'autres professionnels (médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales...) Elle peut s'effectuer en co-thérapie avec un autre professionnel.

Certaines demandes débouchent sur des thérapies de couple. La thérapie peut être d'orientation systémique ou analytique.

La thérapie familiale requiert la validation d'une formation spécifique à « la thérapie familiale systémique », ou en « thérapie familiale analytique » et se conçoit dans un cadre nécessitant un travail en co-intervention avec des personnes formées également à cette spécificité. A l'heure actuelle, la psychiatrie adulte ne bénéficie pas d'un dispositif constitué de thérapie familiale, ni systémique, ni analytique.

En cas de nécessité, il est toujours souhaitable que puissent être réalisées des thérapies en binôme au-delà de la limite administrative des pôles, par exemple pour une famille dont les membres seraient suivis à la fois en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte.

Prises en soin groupales

Les ateliers thérapeutiques de groupe peuvent s'adresser directement au patient, mais aussi à sa famille et aux aidants.

Ces ateliers sont généralement pensés en réunion clinique pluriprofessionnelle, où l'on définit des modalités et objectifs en lien avec les projets de soin des patients. Une pensée clinique préexiste donc à la constitution du groupe, et le psychologue, lorsqu'il y participe, soutient deux niveaux de réflexion : il s'agit en effet d'une part de soutenir la singularité des patients et le bénéfice individuel à participer à une dynamique groupale, et d'autre part de penser la fonction contenante du groupe, sa fonction phorique, son cadre thérapeutique et le sens du médiateur, lesquelles offrent des repères spatiotemporels, une rythmicité, une permanence, un contenant aux corps et aux pensées, et ainsi une possibilité de subjectivation et de lien à l'autre.

Les psychologues peuvent donc intervenir à divers niveaux des ateliers thérapeutiques de groupe :

- en amont pour aider à penser le dispositif en équipe, et auprès du patient (et le cas échéant sa famille) pour travailler sa future inscription dans le groupe,
- en tant que co-thérapeute, dans une collaboration pluriprofessionnelle, ou en fonction de formations spécifiques suivies (psychodrame, photolangage, groupe d'écriture, jeux dramatique, groupe conte, remédiation cognitive...).
- en tant que tiers extérieur au groupe pour une analyse des pratiques, ou plus simplement par sa participation aux temps de reprise de groupe en équipe.



3. Fonction clinique institutionnelle

« Penser le lieu, c'est le panser »

Tel que défini dans la circulaire de 2012, le psychologue assure une mission clinique institutionnelle :

- D'accueil, d'encadrement et de formation des étudiants et des stagiaires.
- D'intervention auprès d'équipes pluri-professionnelles internes ou externes (formation, soutien, groupes de parole, analyses des pratiques, analyse institutionnelle).
- D'élaboration d'un projet psychologique de pôle et d'établissement.
- De contribution au projet d'établissement.

C'est en articulation avec la mission clinique que la fonction institutionnelle prend tout son sens. En effet, il s'agit de participer à la réflexion institutionnelle, en faire une analyse, afin de lutter contre les effets pathogènes de l'institution elle-même, et de soutenir sa fonction contenante.

Penser le lieu, c'est le panser pour tenter d'assurer les conditions d'un accueil optimal pour les patients. L'hôpital psychiatrique n'est pas seulement un ensemble de murs, il constitue le lieu support de l'expression de la psychopathologie des patients et doit à ce titre faire l'objet d'une analyse permanente de la part des soignants.

Le psychologue est attentif et favorise les liens au sein de l'institution tant entre les soignants qu'entre soignants/soignés.

3.1 Dans le cadre des structures du pôle

Les psychologues participent aux :

- i. Staffs
- ii. Synthèses
- iii. Réunions de fonctionnement
- iv. Groupes de travail
- v. Réunions cliniques
- vi. Groupes d'analyse de pratiques
- vii. Réunions de structures internes
- viii. Réunions de pôle
- ix. Commissions d'admissions (dans les EMS)
- x. Réunions de psychologues intra-pôle

Leur approche clinique spécifique apporte des éléments pour la réflexion commune autour de la prise en soins du patient et soulève des questionnements concernant les éventuels dysfonctionnements. Ils exercent une fonction essentielle auprès des équipes pluri professionnelles dans les temps d'échanges officiels, informels et interstitiels quotidiens, garantissant un espace de réflexion et de soutien aux soignants et soignés.



3.2 Dans le cadre de l'établissement : Structuration du collège des psychologues

Les psychologues de l'établissement se sont constitués en collège dont la structuration est définie par des statuts.

DEFINITION

Le collège est l'instance qui rassemble l'ensemble des psychologues en poste dans l'établissement, quel que soit leur statut administratif et leur taux d'activité.

OBJECTIFS

- Permettre aux psychologues de l'établissement de se rencontrer, d'échanger et, le cas échéant, d'émettre collectivement des avis sur tous les sujets qui relèvent de leurs compétences.
- Coordonner et faciliter les liens et la concertation avec la Direction au travers des rencontres régulières avec le Directeur et la Direction des Ressources Humaines ainsi qu'avec les autres instances de l'établissement pour favoriser l'inscription des psychologues dans la vie de l'institution.
- Assurer une fonction consultative pour toute question relevant de l'exercice de leur profession, en lien avec les instances institutionnelles et les organisations représentatives du personnel.
- Désigner en leur sein, sur la base du volontariat, des représentants pour participer à des missions institutionnelles quand leurs compétences sont sollicitées. Dans le cadre de leur fonction institutionnelle, les psychologues participent aux différentes instances et commissions de l'établissement, par le biais de leurs représentants au sein de chacune d'entre elles. La liste des représentants est transmise à la Direction chaque année¹¹.
- Promouvoir la réflexion clinique, la recherche et la formation au sein de leur groupe professionnel et dans l'établissement.
- Veiller au maintien de conditions d'exercice de la profession de psychologue respectueuses de la personne, conformément au code de déontologie.
- Organiser et/ou participer à des rencontres et échanges avec les collègues des autres établissements de soins, les associations de psychologues et les sociétés scientifiques de psychologie.
- Faire connaître et partager les apports des sciences humaines ainsi que des approches plus spécifiques susceptibles d'enrichir les pratiques cliniques.
- Le collège des psychologues élabore le projet psychologique de l'EPSM ainsi que sa déclinaison sur chaque pôle et veille à son application.

¹¹ Annexe 8



FONCTIONNEMENT

Le collège se réunit tous les deux mois.

Il génère en son sein autant de groupes de travail que nécessaire.

En novembre, il organise une demi-journée de travail en séance plénière.

A l'occasion de cette rencontre, les membres présents du collège élisent un bureau pour gérer son fonctionnement.

Chaque psychologue participe au collège en son nom propre.

Le collège transmet annuellement au Directeur de l'établissement, un compte rendu de son activité, la composition du bureau et la liste des psychologues engagés dans les instances institutionnelles.

BUREAU

Le bureau est composé de 6 psychologues représentant les pôles de l'EPSM.

Ces mandats sont établis pour trois ans, renouvelables une fois, et ce, par alternance (1/3 renouvelé chaque année).

L'élection s'effectue à main levée ou, sur demande, à bulletin secret. Elle est possible dès lors que le nombre des votants satisfait au quorum d'un tiers de l'effectif des psychologues.

Un ou plusieurs coordonnateurs est choisi parmi les membres du bureau pour en être l'interlocuteur privilégié et le secrétariat est assuré par les membres selon leur organisation.

Le bureau du collège se réunit autant que besoin pour la coordination et la préparation des collèges.

MOYENS

Les moyens matériels nécessaires au fonctionnement du collège et des groupes de travail qui en sont issus sont mis à disposition par l'établissement (salles de réunion, secrétariat, photocopies, télécommunication, ...).

Afin de faciliter les échanges, le collège dispose d'une adresse mail auquel chaque membre du bureau a accès : collegepsychologues@epsm-morbihan.fr

COMMISSIONS, COMITÉS ET REGROUPEMENTS AU SEIN DU COLLÈGE

Ce collège se décline en divers sous-groupes de travail, qui eux-mêmes se réunissent à une fréquence qui leur est propre.

Regroupement des psychologues de l'intra : Groupe d'échange regroupant les différents psychologues intervenant en intra hospitalier, dans le but de partager nos réflexions, constats et pistes de travail sur nos missions au sein des différents services de l'intra. Regroupement tous les 2 mois



Commission Inter-collège : Commission créée en 2021, dans le but de fédérer et rassembler les différents collèges bretons, afin de nourrir des réflexions globales sur le métier de psychologue FPH et son évolution. Regroupement tous les mois. Participation aux journées de l'ICB (Inter Collèges Breton) des psychologues de la Fonction Publique Hospitalière, 3 fois par an en moyenne.

Commission stage : Regroupement tous les 2 mois. Espace de réflexion autour de l'accueil des stagiaires psychologues, afin de co-construire un parcours de stage, permettant aux stagiaires de mieux appréhender le fonctionnement de l'institution dans sa globalité et dans ses singularités (spécificité des services, diversité des approches des psychologues, travail en équipe pluridisciplinaire). L'objectif est également de faciliter l'accueil des stagiaires pour les psychologues de l'établissement.

Comité d'organisation de la journée d'étude: Comité d'organisation de la journée d'étude: Organisation d'une journée d'étude par les psychologues de l'établissement depuis près de 20 ans au sein de l'EPSM du Morbihan : travail de réseau, d'équipe, coordination des différents groupes de travail pluriprofessionnels et confection de flyers et d'affiches en direction de cette journée. Davantage de précisions concernant cette journée d'étude seront apportées dans la partie « Applications de la fonction FIR » (page 31)

Commission recrutement : Commission qui regroupe les psychologues participants au jury de recrutement des psychologues au sein de l'EPSM. Elle apporte une expertise sur sa profession et ses missions au sein de l'établissement durant le processus de recrutement.

Groupe de rédaction du projet psychologique : Regroupement qui a pour objectif la rédaction du nouveau projet psychologique ainsi qu'une veille à l'actualisation du projet psychologique en lien avec le projet d'établissement, le projet médical et le projet social.

3.3 Travail de réseau

Le lien au réseau consiste en un travail de coordination avec les différents partenaires dans le respect du secret professionnel :

- Professionnels de la santé : structures hospitalières, médecins traitants, PMI, Médecine scolaire, réseau libéral...
- Divers partenaires : sociaux, scolaires, éducatifs, judiciaires, pénitentiaires, tutélaires, médico-sociaux, culturels... : PAEJ, Sauvegarde 56, EMIA 56, France victime 56, Périnatal 56, pâtes au beurre, Amisep, CMS, GEM, Centres Culturels, Missions locales, Planning familial, PMI, CRIP, tribunal, tutelles, et l'ensemble des Etablissements Médico Sociaux...

Les rencontres et interventions sont nécessaires à l'interconnaissance entre les acteurs locaux afin d'identifier le paysage partenarial du secteur.

Ces temps nous aident à connaître et reconnaître les compétences et limites de chacun et de pouvoir partager des ressources auprès de nos publics.

Ce travail de réseau demande une constante actualisation.



4. Fonction F.I.R

« Les psychologues « entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherche et formation que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action »¹²

4.1 Origine

A la création des premiers postes de psychologues (1960-70) la discussion avec le ministère porte sur la question de la référence statutaire à prendre en compte. Les statuts particuliers des psychologues seront alors calqués sur ceux de la Fonction Publique d'Etat : C'est le modèle des CAPESiens qui sera retenu.

Dès 1971, les psychologues ont été assimilés aux professeurs certifiés en ce qui concerne leur statut et leur grille indiciaire. Le temps de préparation et le temps de travail d'élaboration théorique et personnelle des psychologues furent ainsi d'emblée reconnus.

Dans les disciplines des sciences humaines, la recherche se nourrit du terrain et réciproquement. Il n'est pas possible de conduire des psychothérapies, des groupes d'analyse des pratiques professionnelles, des tutorats de stagiaires, des actions de formation sans ce travail d'élaboration à la fois sur les plans théorique, méthodologique et personnel. La création du statut fait obligation aux psychologues de mettre en œuvre l'actualisation des outils nécessaires à son exercice clinique et institutionnel.

4.2 Cadre statutaire

Il est défini par l'article 2 du décret n°91-129 du 31 janvier 1991 et la circulaire DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 ¹³, nous nous référerons principalement aux dispositions statutaires du décret qui prédominent sur celles de la circulaire- quoique plus récente.

La fonction FIR repose sur l'alinéa 3 de l'article 2 du Décret 91-129, qui stipule que les psychologues de la FPH *« entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action »*, et ce sans restriction.

Le paragraphe 2 de la circulaire définit : le contenu – l'autonomie – le temps – le lieu.

¹² Annexes 4

¹³ Annexe 4 et 5



4.3 Contenu de la fonction FIR

La circulaire indique que la fonction FIR, qui concerne aussi bien les titulaires que les psychologues contractuels sur « emploi permanent, qu'ils exercent leur activité à temps plein ou à temps non complet » et renvoie à 3 types d'activités :

- FORMATION : « le psychologue peut participer et collaborer à des actions de formation, notamment auprès des personnels des établissements visés à l'article 2 du titre IV et auprès des écoles ou centres de formation qui y sont rattachés. »

« Un travail d'évaluation prenant en compte la propre dimension personnelle du psychologue, effectué par toute méthode spécifique librement choisie ; une actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique »

- INFORMATION : « Actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique »
- RECHERCHE : « Participation, impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche »

4.4 Autonomie

« Ils exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. »¹⁴ A ce titre ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité ». La formulation de l'article 2 du D91-121 place l'activité des Travaux/Recherche/Formation des psychologues sur le même plan que leurs missions cliniques et institutionnelles (alinéas 1 à 3). Les Travaux Recherches et Formations des psychologues sont une composante intrinsèque de l'exercice de leur métier.

4.5 Le temps

Historiquement, la répartition des fonctions se fait sur la base de 2/3 du temps de travail consacrés aux fonctions cliniques et institutionnelles, et 1/3 à la fonction FIR, pour les titulaires comme pour les contractuels.

¹⁴ Annexe 4



La circulaire de 2012 fait du 1/3 temps un plafond. Elle précise également que la fonction FIR doit être organisée « *en cohérence et complémentarité avec les besoins du service* » et que chaque psychologue rend compte individuellement chaque année de l'utilisation de ce temps et de « *son apport pour sa pratique* » à son responsable hiérarchique.

4.6 Le lieu

Les activités de travaux, recherches et formations ne peuvent pas toutes être exercées sur le lieu de travail (ressources documentaires, séances de supervision, groupe de formation etc...), c'est pour cela que la circulaire de 2012 indique que « *les psychologues doivent bénéficier de toutes les facilités pour exercer leur fonction FIR, avec ordre de mission annuel de l'établissement si nécessaire* ».

Il existe sur l'EPSM un document interne qui s'intitule « Organisation de la fonction FIR ». Il a été validé par le Comité Social d'Etablissement en décembre 2024. Ce document a été rédigé à l'initiative de la Directrice des Ressources Humaines afin de faciliter la mise en œuvre de cette fonction sur l'établissement. Cependant, comme le démontre les points développés ci-dessus, ce document reste perfectible.

4.7 Les applications de la fonction FIR

- Rédactions
- Publications
- Actions de formations dispensées et reçues
- Conférences, colloques, journées d'études
- Accueil et accompagnements des stagiaires
- Supervisions, Intervision, contrôles
- Recherches
- Actualisation des connaissances
- Etc...

A titre collectif, à l'EPSM, la Journée d'étude du Collège des psychologues

Elle est organisée par les psychologues de l'établissement au sein de l'EPSM du Morbihan. Tous les hôpitaux n'ont pas nécessairement de Collège des psychologues et nous sommes parfois sollicités par des collègues d'hôpitaux extérieurs intéressés par ce volet clinique et institutionnel au sein duquel se déploient nos axes de recherches.



Notre temps FIR (formation, information, recherche) nous permet notamment de coordonner en direction de cette journée d'étude différents groupes de travail pluri- professionnels. En effet, ce lieu rassemble différents professionnels de l'EPSM (psychologues, médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychomotriciens, orthophonistes, cadres de santé...) et se veut représentatif des axes de recherche que nous conduisons en lien avec l'actualité de nos pratiques en Institution. Chaque année des professionnels d'autres établissements rejoignent nos groupes de travail et participent à la journée d'étude.

Ce lieu est un espace de transmission qui témoigne de l'essentiel du travail en équipe, du travail réseau, et de l'importance de l'actualisation de nos pratiques professionnelles.

Le nombre de places étant limité (environ 250 places), nous publions des actes écrits de la journée d'étude, rassemblant les travaux (bibliographies à l'appui) présentés lors de cette journée. Des exemplaires papiers sont consultables à la bibliothèque médicale ; ils sont imprimés et reliés à l'EPSM. En amont de la journée d'étude, des flyers et affiches sont réalisés par nos soins et diffusés dans chaque service de l'établissement.

Cette journée d'étude promeut des valeurs fortes de notre profession : transmission, recherche, travail d'équipe, de réseau, publication. Elle s'enrichit chaque année d'un réseau de travail toujours plus étendu et représentatif de notre implication dans l'Institution.

5. Bilan et actualité des projets du précédent projet psychologique

- Structuration du Collège :

Le collège a poursuivi son effort de structuration avec un bureau constitué de représentants par pôle.

Il rédige son bilan annuel d'activité.

Le collège a créé plusieurs commissions et groupes de travail.

Le collège répertorie les représentants sur les différents groupes et commissions au sein de l'établissement.

Création d'un temps dédié pour le bureau (0.1 ETP pour la coordination, 0.05 ETP pour le temps de secrétariat et le temps de suppléance).

Non effectif, toujours requis.

- Travail en lien avec la formation continue :

- Création de la commission stage : Espace de réflexion autour de l'accueil des stagiaires psychologues, afin de co construire un parcours de stage, permettant aux stagiaires de mieux appréhender le fonctionnement de l'institution dans sa globalité et dans ses singularités (spécificité des services, la diversité des approches des psychologues, travail en équipe pluridisciplinaire). L'objectif est également de faciliter l'accueil des stagiaires pour les psychologues de l'établissement.
- Accueil de la responsable de la formation continue lors d'un collège pour formaliser et expliquer les différentes options de formation et recueillir les besoins.



- Les formations sont recueillies individuellement par chaque professionnel lors des entretiens annuels de formations.

- Lien aux Assistantes Sociales.

Travail de partenariat entre les psychologues et la coordinatrice des assistantes sociales pour l'accueil des nouvelles professionnelles.

- Formaliser les liens au réseau.

- Création d'un dossier commun et de fichiers pour recenser nos divers partenaires et partager nos annuaires ressources.
- Création de la commission inter-collège et de la participation du collège à la création de l'Inter Collège Breton (ICB).
- Invitation ou liens avec différents collèges de psychologues.
- Travail commun avec les professionnels du GHT (création groupe Merlin, accueil collège GHBA).

- Ressources Humaines

Mise en place de rencontre régulières (tous les 2 mois) avec le Directeur et la Directrice des Ressources Humaines notamment autour des questions de participation à la rédaction des fiches de poste, au recrutement (analyse des besoins, entretiens, jurys de concours). Ces rencontres ont permis entre autres :

- La prise en compte dans le process de recrutement des spécificités du psychologue.
- La création de la commission recrutement.
- Des échanges réguliers autour de la fonction FIR.
- Des échanges autour de l'autonomie du psychologue notamment autour des ordres de mission permanent.
- Des relevés de conclusions validés par les différents partis.

- Participation au « tutorat » pour l'accompagnement des nouveaux infirmiers en psychiatrie

A ce jour, le temps tutorat sous la forme d'échanges cliniques et institutionnels n'existe plus au sein de l'EPSM.

- Projet de « l'art à l'EPSM »

Ce projet, tel qu'il avait été pensé, notamment dans sa visée thérapeutique, n'a pas pu voir le jour.

- Lien direct de transmission entre psychologues de pédopsychiatrie et psychiatre adulte

Selon les lieux, le fonctionnement est plus ou moins fluide, il demeure nécessaire de préciser cette possibilité d'un relais direct au psychologue.



- Création de temps psychologue sur l'UTBP de Ploërmel :
En 2024, 1 ETP psychologue a été créé à Ploërmel.
- Temps renfort psychologues
Nous faisons le constat de l'amélioration de l'accueil et de la prise en soins des patients dans de meilleurs délais. Sur certains lieux les listes d'attente ont fortement diminué (par exemple sur le CMP de Locminé, l'attente pour un patient est passé d'un an à trois mois). Nous regrettons que la majorité de ces postes aient été supprimés, avec pour effet immédiat chez certains patients, des ruptures de suivi ainsi qu'une recrudescence des délais d'attente. Cela met en évidence la nécessité de créer de nouveaux postes de psychologues.
- Liens intra/extra
Le lien entre les psychologues de l'intra et de l'extra-hospitalier se fait en lien direct.
- Création temps psychologue sur Tremplin et le Dispositif d'Appui à la Sortie (DAS)
Redéploiement de 0.3 ETP psychologue depuis le 18 novembre 2024 sur Tremplin 1 et 2, à partir du pôle VMA. Il ne s'agit pas d'une création de temps comme souhaité à l'origine. Il serait pertinent de faire une évaluation à distance.
- Neuropsychologues pour favoriser la réhabilitation
Les neuropsychologues font état d'un manque de temps pour assurer l'ensemble de leurs missions.
Le bilan neuropsychologique initial est la première étape de toute intervention neuropsychologique à visée de réhabilitation. Or, un délai d'attente important existe pour la réalisation d'un bilan neuropsychologique en ambulatoire en psychiatrie adulte. Sur ces structures, bien souvent l'intervention du neuropsychologue se limite à ce bilan, qui ne devrait être pourtant que la première étape de l'intervention. Il n'y a pas de temps suffisant pour participer aux différents staffs et réunions des équipes afin au minimum de communiquer les préconisations à l'équipe accompagnant habituellement le patient. Et il n'est que rarement possible de pouvoir mettre en place des séances d'accompagnement dans un objectif de réhabilitation.
- Prise en charge des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ)
A ce jour, chaque pôle a une organisation propre concernant l'accueil des personnes placées sous-main de justice.
- Transculturalité et migration
Le dispositif transculturel qui existait lors du précédent projet d'établissement n'a plus cours. Une « consultation DEMAT » est assurée au décours des primo consultations PASS par une équipe de deux infirmières de l'EPSM (au sein du CHBA).
- Création d'une testothèque
Le projet de testothèque reste à construire.



6. Projets 2024/2028

- Création d'un temps dédié au bureau du Collège des psychologues, nécessité d'un 0.1 ETP au minimum.
- Poursuite de la réflexion autour de l'accueil des stagiaires par le biais de la commission stage :
 - Réflexion sur la mise en place de demi-journée ou journée d'échanges cliniques et de donner la possibilité aux étudiants en stage au sein de l'EPSM de se rencontrer.
 - Continuer le travail en lien avec la formation continue.
 - Améliorer le parcours de stage.
- Evaluation du déploiement du 0.3 ETP sur les unités Tremplin.
- Nécessité de mise en place d'analyses de pratiques dans chaque service par des psychologues extérieurs à l'institution, référencés par le collège des psychologues.
- Création d'une commission dédiée à la veille et au suivi du projet psychologique.
- Groupe de réflexion sur les violences sexuelles au sein des services de soin de l'EPSM.
- Groupe de travail pluridisciplinaire autour des problématiques des soins aux victimes et auteurs de violences sexuelles.
- Réflexion sur la mise en place d'une journée de formation proposée par les psychologues autour de la question des violences institutionnelles.
- Création d'un livret ou document de sensibilisation sur la profession de psychologue.

7. Propositions en lien avec le ppsp

Préalables

Des préalables doivent être définis à ce moment de notre projet.

Rappelons que l'avis du psychologue dans l'orientation thérapeutique peut intervenir dès l'entrée dans le dispositif de soin, ce peut être en première intention.

Rappelons également que selon les termes du Décret du 31 janvier 1991, « *les psychologues exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et moyens contribuant à la réalisation d'interventions préventives et curatives, assurées par les établissements* ». Cela suppose qu'ils collaborent aux projets thérapeutiques cliniques des structures de soin, et aux projets institutionnels. Or, la collaboration avec les autres membres de l'équipe pluri-professionnelle repose sur l'existence de réunions cliniques et institutionnelles indispensables à la prise en charge du patient et à la cohérence de son parcours de soin. La place, le rôle, et la fonction



du psychologue, ne sont pas forcément les mêmes selon les pôles, les structures, la population accueillie, ils sont à définir dans un lien étroit entre le psychologue et les équipes concernées.

La réflexion institutionnelle, qui permet une croisée des regards sur le fonctionnement, et un enrichissement des perspectives d'évolution, constitue les conditions d'un bon accueil des patients et d'un soin préservé des effets iatrogènes de l'institution.

Nos trois fonctions –clinique, institutionnelle et FIR - sont intrinsèquement liées et l'institution doit être garante de l'ensemble des conditions de leur réalisation.

Précisons enfin que la mise en œuvre de chacune des propositions à suivre se fera en tenant compte de chacun des principes suivants :

- selon le respect du secret professionnel et du droit des patients
- sous réserve d'accord des patients en amont d'éventuels liens
- dans le respect des liaisons fonctionnelles et hiérarchiques
- dans une perspective clinique, en favorisant des liens institutionnels interdisciplinaire

Axe 1 - Favoriser le rétablissement des personnes prises en soin

Selon Roland Gori « Nous « aidons » le patient à se « soigner », nous lui offrons la situation qui nous paraît la plus à même, dans son cas singulier, à vivre une expérience assez extraordinaire à partir de laquelle il pourra mobiliser ses forces psychiques les plus vives » (Psychanalyse et rétablissement, Entretien avec Roland Gori). Autrement dit « aller au plus près du cas singulier » implique de pouvoir interroger ses propres valeurs ainsi que les normes sociales. Selon le centre Ressource réhabilitation psychosociale « Le rétablissement ne fait pas référence à une guérison clinique ou à une disparition des symptômes mais à une possibilité de redonner un sens à sa vie à travers des activités et un mode de vie satisfaisant pour la personne. ».¹⁵

¹⁵ Annexe 10



De fait, une culture du « rétablissement » suppose

- Une culture d'établissement partagée par tous qui ne peut reposer sur quelques professionnels, services ou équipes formés à des techniques spécifiques. Cela nécessite une diversité des orientations de psychologues pour permettre à chaque sujet (patient et professionnel) de se repérer dans les outils et supports nécessaires.
- Accompagner les équipes dans une culture du soin et du prendre soin en soutenant et en encourageant des espaces de réflexion. La culture du rétablissement implique une posture soutenance qui doit être travaillée régulièrement au sein de chaque équipe.
- Des moyens pour que chaque psychologue, quel que soient ses orientations et outils, puisse les mettre en œuvre et accéder à des formations et une veille permanente des connaissances (journée d'études, colloques, congrès, biennales, etc.).
- De concevoir le rétablissement comme un processus dynamique tout au long de la vie.

Penser la culture du rétablissement ne peut se faire sans aborder la délicate question de la violence qui peut s'exercer dans la relation de soin. En effet, l'asymétrie des positions soignants/soignés, quand elle ne fait pas l'objet d'une réflexion, peut donner lieu à des passages à l'acte. Régulièrement, des situations de négligences et maltraitances sont ainsi observées au sein de l'institution.

Actuellement il reste difficile de venir questionner ces situations complexes de manière constructive. Les psychologues ont un rôle dans la prévention en favorisant la mise en mots. Cependant, la culture d'établissement doit passer par des réponses institutionnelles à ces situations de violence.

Cela peut être réalisé par les groupe de réflexions cliniques, des temps d'analyse des pratiques professionnelles, des supervisions, et/ou par de la régulation :

Supervision : Elle peut se constituer dans un changement d'angle de vue et dans l'émergence de nouvelles questions qui peuvent favoriser une prise de recul par rapport aux vécus et au cheminement des professionnels.

Elle accompagne le professionnel dans sa posture, ses difficultés, ses émotions et ses liens transférentiels.

Analyse des pratiques : cherche à comprendre, questionner et améliorer les pratiques professionnelles concrètes, centrée sur l'action, les situations vécues.

Régulation d'équipe : Processus collectif permettant à un groupe de professionnels de prendre du recul sur son fonctionnement afin de mieux gérer les tensions, d'améliorer la qualité du travail en commun et de mieux coordonner ses actions. C'est un temps d'ajustement collectif.

Que ce soit en analyse des pratiques, en supervision ou régulation..., l'essentiel est d'aider à développer la capacité de questionnement, de prise de recul, d'élargissement des regards.



Cette logique d'accompagnement avec une vision « méta » apporte une manière de voir et de penser qui porte non pas directement sur les choses elles-mêmes, mais sur la manière dont on les perçoit, les structure ou les pense, ceci s'élabore par le fruit de la relation ou du travail collectif de réflexion.

Axe 2 – Renforcer la prévention et l'intervention précoce

Nous estimons qu'il s'agit de penser la prévention comme un temps logique à toute étape de la vie. La prévention de la souffrance psychique est une mission essentielle de notre système de santé, elle n'est possible que si elle prend en compte la dimension d'un accueil pour tous, que les moyens soient répartis sur l'ensemble du territoire dans un souci d'une politique de secteur et que la psychiatrie ne se cantonne pas à accueillir uniquement les troubles graves.

Nous sommes conscients des limites imposées par un manque de moyens et de ressources médicales. Le pôle de pédopsychiatrie fonctionne à ce jour avec des effectifs de pédopsychiatres moitié suffisant par rapport au dispositif prévu. Les psychologues sont alors habilités à prendre cette place de première intention pour évaluer la souffrance psychique et déterminer en équipe des projets de soins individualisés en fonction des problématiques et psychopathologies repérées. Dans ce cadre, les pédopsychiatres pourraient être sollicités uniquement pour les patients nécessitant un examen diagnostique de psychopathologie psychiatrique ou une prise en soin au-delà d'une psychothérapie.

2.1– Concernant l'évolution de la psychiatrie périnatale, les psychologues soutiennent le projet d'hôpital de jour.

2.2 Afin d'adapter les interventions hors les murs, nous encourageons un renforcement des liens avec les partenaires ainsi que la mise en place de réunions régulières pour se mettre d'accord sur les champs d'applications de chacun.

Nous reconnaissons la pertinence des missions qui nous amènent à nous déplacer pour aller au chevet des patients qui ne sont pas en capacité de se déplacer. De fait, le renforcement de l'Equipe Mobile Adolescent et le troisième volet des missions de l'EMIGCA nous semble d'excellentes initiatives. Les psychologues encouragent la prévention des troubles psychiques en coopération avec les partenaires, nous soutenons les initiatives de liens partenariaux, le maillage institutionnel et le travail en équipe pluridisciplinaire pour mener à bien ces missions.

Par ailleurs, nous pensons qu'il est important de préserver les temps de réunions existant au sein des CPEA qui sont essentiels dans l'élaboration des projets de soins et dans la réflexion pluridisciplinaire. Il s'agit aussi de poursuivre le travail de partenariat avec le réseau tout en étant attentifs à la teneur des informations qui peuvent être échangées au regard du secret professionnel et de la confidentialité.

Le développement de la MDA de Ploërmel, qui passe d'un à deux jours d'activité par semaine permettra à un nombre croissant de patients adolescents qui se questionnent d'accéder à un premier examen psychologique. Ce dispositif n'est néanmoins pas en mesure d'accompagner les pathologies archaïques complexes qui seront orientées vers le CPEA. Afin de répondre à cette demande exigeante de technicité du soin sur le territoire nord-ouest, les psychologues participent à l'élaboration du projet d'hôpital de jour adolescent au CPEA de Ploërmel.



2.3 Concernant les différences de temporalités au sein des institutions que sont la pédiatrie, l'ASE et la pédopsychiatrie, les notions d'urgences ne sont pas entendues de la même manière. La présence des psychologues lors des réunions afin de soutenir la réalité psychique des patients et d'accompagner les équipes à reconnaître l'urgence subjective au-delà des urgences sociales et des périodes de crise doit être maintenue.

2.4- Concernant le centre de soins de proximité des Troubles du Comportement Alimentaire, nous encourageons la volonté d'avoir au moins un psychologue qui intervienne sur le lieu. 60% de temps de psychologue créé au sein d'une équipe pluridisciplinaire, nous souhaitons que le professionnel qui occupera ce temps soit libre de ses outils et de sa pratique ainsi que dicté par notre code de déontologie.

Axe 3 - Fluidifier les parcours de prises en soin sur le territoire

Articulation pédopsychiatrie/psychiatrie adulte

Accompagner ces patients avec leurs familles dans le processus de séparation et d'autonomisation, processus psychiques relevant précisément de la formation des psychologues cliniciens. D'où la nécessité de créer un temps de psychologue clinicien dans chaque structure (notamment An Tremen), afin de favoriser ce travail auprès des patients, en complémentarité avec le psychologue spécialisé en neuropsychologie.

Favoriser les échanges, articulations, mise en liens des psychologues intervenant ou amenés à intervenir auprès de ces patients, avec la possibilité d'organiser des rencontres entre anciens et futurs intervenants (liens intra, extra et EMS) au travers de synthèses communes dans un cadre pluri-professionnel.

CMPS

Les ETP psychologues ne sont pas en adéquation avec le nombre de demandes de suivi. Les délais d'attente sur la majorité des CMP sont inacceptables, souvent plus d'un an d'attente pour un suivi avec un psychologue. Cela met en difficulté les patients ainsi que les différents professionnels qui ne peuvent passer le relais dans leurs suivis. Il n'est pas possible en l'état de remplir nos obligations inhérentes au service public. Pour exemple, au CMP de Locminé, l'augmentation des effectifs d'1 ETP, dans le cadre des postes renforts, a permis de réduire drastiquement et durablement le délai de la liste d'attente.

Nous proposons l'augmentation des effectifs psychologues sur tous les CMPS de l'établissement.

Par ailleurs, les patients sortant d'hospitalisation nécessitent un relai rapide vers les CMP, ce qui justifie également des moyens supplémentaires pour assurer ces relais afin d'éviter une ré-hospitalisation.



Intra hospitalier

Afin de fluidifier le parcours des patients, le rôle des psychologues est également au niveau institutionnel notamment dans le lien avec les équipes, la participation aux temps de réflexion commune, la mise en place de groupe. Tout cela nécessite un temps qui est actuellement insuffisant. En ce sens, un ETP psychologue par clinique permettrait au psychologue de remplir la totalité de ses missions, de pouvoir rencontrer la totalité des patients hospitalisés le souhaitant et à une fréquence plus rapprochée.

La pluralité des approches des psychologues n'enlève rien au fait que le titre de psychologue est un titre unique. Ainsi le futur regroupement géographique des cliniques ne changera rien à l'organisation actuelle des psychologues (les psychologues sont rattachés à une unité seulement), c'est-à-dire que chaque psychologue peut accueillir toute sorte de problématique, indépendamment de son approche. Le temps d'hospitalisation n'est pas le temps de la psychothérapie mais un temps de lien, d'écoute et d'évaluation. A l'issue de cette évaluation, seul le psychologue peut envisager l'éventualité d'un relais vers un autre psychologue, selon sa propre expertise.

Commission « cas complexes »

Les psychologues soutiennent l'existence d'une commission pluridisciplinaire « cas complexes » chargée d'organiser des espaces de rencontre pour penser ces situations sur l'établissement. Les psychologues, dans leurs fonctions cliniques et institutionnelles, contribueront à apporter leur éclairage au sein d'une réflexion collective entre les services concernés. Il apparaît donc pertinent que les psychologues intègrent cette commission en tant que membres permanents.

Axe 4 - Moderniser l'offre territoriale de soins en addictologie

Nous avons noté l'absence de groupe de réflexion interne à l'établissement concernant cet axe, qui nécessitait au préalable un travail de concertation au sein de la FMIHA (Fédération Médicale InterHospitalière en Addictologie).

Les lieux de prise en soins des patients ayant une relation d'addiction à un ou des objets sont variés sur le territoire français. Ce sont parfois des services de médecine, des services de psychiatrie ou même des services spécifiques. Ceci vient démontrer la transversalité de la clinique de l'addiction. Les psychologues soutiennent donc la nécessité de ne pas réduire ces sujets à leur addiction ; de ne pas réduire l'approche de soin à cette problématique. Au risque de pouvoir rendre impossible la prise de parole.

Pour certains, il s'avère toutefois nécessaire d'en passer par la porte d'entrée addictologie. S'il ne faut en effet pas réduire le sujet à sa problématique, il est toutefois pertinent de maintenir une offre addictologie au sein de l'EPSM pour permettre un accès au soin à ce public, qui ne se dirigerait pas nécessairement vers le soin psychique sans cela. L'accès à un psychologue dans ce lieu, qui peut devenir progressivement sécurisant de par son travail spécifique sur le lien et la rencontre avec des pairs souffrant de difficultés similaires, favorise pour certains sujets une première expérience. Cela peut être l'occasion d'un premier abord de la psychiatrie et travailler la nécessité d'un recours à des soins adaptés (comorbidités).



L'articulation entre les différents dispositifs de soin en addictologie sur le territoire est au travail de façon constante par les rencontres partenariales et un désir commun d'avancer pour proposer une offre de soin au plus près des besoins.

Au regard des futurs projets (ouverture SMRA [Soins médicaux et de Réadaptation en Addictologie]), nous proposons l'augmentation des effectifs psychologues ainsi qu'un groupe de travail interne à l'EPSM Morbihan.

Quid du projet immobilier de l'addictologie évoqué et remis en question. La question immobilière reste en effet également une question entière, car proposer des locaux adaptés à l'accueil de ces patients au même titre que ceux proposés aux autres patients permettrait à ce public de ne pas se sentir stigmatisé et rejeté comme cela reste encore trop régulièrement le cas.

Axe 5 - Créer un dispositif de soins dédié à la psychiatrie légale

Le psychologue est avant tout un clinicien qui a à traiter la souffrance psychique du patient, on ne peut réduire le sujet à ses actes qui transgressent la Loi. Mais le but est de restituer au sujet, son histoire l'ayant mené à ces « passages à l'acte ».

Les psychologues rappellent l'incompatibilité entre la position d'expertise judiciaire et celle du soin psychique.

Les CMP sont un lieu d'accueil et de soins opérants en ce qui concerne les personnes en soins pénalement ordonnés (SPO).¹⁶

Les statistiques sont éloquentes sur la souffrance mentale rencontrée dans les centres de détentions : 75 % des hommes détenus ont subi des traumatismes durant leur enfance, 30% des PPSMJ présentent des troubles psychiatriques, plus de la moitié souffrent d'addiction.

Actuellement, à la Maison d'Arrêt de Vannes prévue pour 45 places (mais en réalité le nombre de détenus avoisine régulièrement les 90 à 100), l'USMP fonctionne avec des temps partiels : de psychiatre (0,10 ETP), psychologue (0,70 ETP) et psychomotricien (0,20 ETP).

Le nouveau centre pénitentiaire, prévu pour fin 2027 à proximité de Vannes, prévoit une capacité nominale de 550 places (pour une capacité opérationnelle d'environ 850 places).

Pour comparaison, le centre pénitentiaire de Caen, établissement pour 551 places, dispose de 3,25 ETP Psychologue mais l'effectif cible serait de 4,7 ETP.

Ce qui nous amène à déjà réfléchir en amont sur la création de postes de psychologues pour le futur USMP. Actuellement les psychologues assurent des suivis individuels, l'animation de groupes thérapeutiques. Dans le futur centre pénitentiaire, l'USMP prévoit des soins de premier niveau avec la mise en place d'un CATTP, éventuellement d'un hôpital de jour.

¹⁶Annexe 9



La question du suivi post-carcéral est également cruciale. Les premiers mois de sortie représentent un risque de rechute pour les patients : rupture de suivi, manque de dispositifs de réinsertion... Il s'avère donc essentiel d'assurer un suivi post-carcéral. Ceci peut prendre la forme d'Equipe Mobile Transitionnelle existant déjà, comme dans la ville de Nantes.

Au-delà de la question de la violence et psychiatrie légale, nous rappelons la nécessité de développer des formations cliniques et psychopathologiques auprès des équipes intervenant dans ce champ.



ANNEXES

Annexe 1 : Loi de santé L 6143-2

Article L6143-2 introduisant la notion de « projet psychologique »

- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 101](#)
- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 69 \(V\)](#)

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article [L. 713-4](#) du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article [L. 6321-1](#) et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article [L. 3221-4](#), il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.



Annexe 2 : Code de déontologie des psychologues

Le présent Code est la version actualisée du Code 1996, actualisé en mars 2012 et réactualisé en 2021 par 19 organisations réunies dans le CERÉDéPsy (Construire ensemble la réglementation de la déontologie des psychologues) : AEPu, AFPEN, AFPTO, ANPEC, ANPsyCT, APsyEN, Collectifs des psychologues UFMICT-CGT Santé Action Sociale, Collectif des PsyEN du SE UNSA, Collectif des PSYEN du SNES-FSU, Collectif des psychologues du SNUIPP FSU, CNCDP, CPCN, FFPP, PELT, PSYCLIHOS, Reliance et travail, SFP, SNP, SPPN.

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action du psychologue.

PRÉAMBULE

L'usage professionnel du titre de psychologue est défini par l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 complété par l'article 57 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 qui fait obligation aux psychologues de s'inscrire sur les listes ADELI. Le présent code de déontologie s'applique aux personnes titulaires du titre de psychologue, quels que soient le mode et le cadre d'exercice, y compris celui de la recherche et de l'enseignement. Il engage aussi l'ensemble des enseignants-chercheurs en psychologie de la 16ème section du Conseil National des Universités, qui contribuent à la formation initiale et professionnelle des psychologues. Il engage également les étudiants en psychologie, notamment dans le cadre des stages en formation initiale ou professionnelle. Le respect de ces règles vise à protéger le public des mésusages de la psychologie. Les organisations professionnelles signataires du présent Code s'emploient à s'y référer et à le faire connaître. Elles apportent, dans cette perspective, soutien et assistance à leurs membres.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

La complexité des situations psychologiques s'oppose à l'application automatique de règles. Le respect du présent code de déontologie repose sur une réflexion éthique et une capacité de discernement dans l'application et le respect des grands principes suivants :

Principe 1 : Respect des droits fondamentaux de la personne Le psychologue réfère son exercice aux libertés et droits fondamentaux garantis par la loi et la Constitution, par les principes généraux du Droit communautaire et par les conventions et traités internationaux. Il exerce dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa liberté. Le psychologue s'attache à respecter l'autonomie de la personne et en particulier son droit à l'information, sa liberté de jugement et de décision. Toute personne doit être informée de la possibilité de consulter directement le psychologue de son choix.

Principe 2 : Respect de la vie privée, du secret professionnel, de la confidentialité Le psychologue est soumis à une obligation de discrétion. Il s'astreint au secret professionnel et à la confidentialité qui doivent être garantis dans ses conditions d'exercice. En toutes circonstances, il en informe les personnes concernées et recherche leur consentement éclairé. Il respecte le principe fondamental que nul ne peut être contraint de révéler quoi que ce soit sur lui-même.



Principe 3 : Intégrité et probité En toutes circonstances, le psychologue respecte les principes éthiques, les valeurs d'intégrité et de probité inhérents à l'exercice de sa profession. Il a pour obligation de ne pas exploiter une relation professionnelle à des fins personnelles, religieuses, sectaires, politiques, ou en vue de tout autre intérêt idéologique. Il prend en considération les utilisations qui pourraient être faites de ses interventions et de ses écrits par des tiers.

Principe 4 : Compétence Le psychologue tient sa compétence : - de connaissances théoriques et méthodologiques acquises dans les conditions définies par l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985 modifiée, relative à l'usage professionnel du titre de psychologue ; - de l'actualisation régulière de ses connaissances ; - de sa formation à discerner son implication personnelle dans l'approche et la compréhension d'autrui. Chaque psychologue est garant de ses qualifications particulières. Il définit ses limites propres compte tenu de sa formation et de son expérience. Il est de sa responsabilité déontologique de refuser toute intervention lorsqu'il sait ne pas avoir les compétences requises. Quels que soient le contexte de son intervention et les éventuelles pressions subies, il agit avec prudence, mesure, discernement et impartialité.

Principe 5 : Responsabilité et autonomie professionnelle Dans le cadre de sa compétence professionnelle et de la nature de ses fonctions, le psychologue est responsable, en toute autonomie, du choix et de l'application de ses modes d'intervention, des méthodes ou techniques qu'il conçoit et met en œuvre, ainsi que des avis qu'il formule. Il défend la nécessité de cette autonomie professionnelle inhérente à l'exercice de sa profession notamment auprès des usagers, employeurs ou donneurs d'ordre. Au préalable et jusqu'au terme de la réalisation de ses missions, il est attentif à l'adéquation entre celles-ci et ses compétences professionnelles. Il peut exercer différentes missions et fonctions. Il est de sa responsabilité de les distinguer et de faire distinguer leur cadre respectif.

Principe 6 : Rigueur et respect du cadre d'intervention Les dispositifs méthodologiques mis en place par le psychologue répondent aux objectifs de ses interventions, et à eux seulement. Les modes d'intervention choisis et construits par le psychologue doivent pouvoir faire l'objet d'une explicitation raisonnée et adaptée à son interlocuteur, ou d'une argumentation contradictoire avec ses pairs de leurs fondements théoriques et méthodologiques.

TITRE I- EXERCICE PROFESSIONNEL

CHAPITRE I DÉFINITION DE LA PROFESSION

Article 1 : Le psychologue fait état de son titre de psychologue dès lors qu'il exerce du fait de sa profession à titre libéral, en tant qu'agent du secteur public, salarié du secteur privé, associatif ou à titre bénévole.

Article 2 : La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur les composantes psychologiques des individus considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte.

Article 3 : Ses champs d'intervention, en situation individuelle, groupale ou institutionnelle, relèvent d'une diversité de missions telles que : la prévention,



l'évaluation, le diagnostic, l'expertise, le soin, la psychothérapie, l'accompagnement psychologique, le conseil, l'orientation, l'analyse du travail, le travail institutionnel, la recherche, l'enseignement de la psychologie, la formation.

CHAPITRE II CONDITIONS D'EXERCICE

Article 4 : Qu'il exerce seul ou en équipe pluriprofessionnelle, le psychologue fait respecter sa spécificité professionnelle. Il respecte celle des autres.

Article 5 : En toutes circonstances, le psychologue fait preuve de mesure, de discernement et d'impartialité. Le psychologue accepte les missions qu'il estime compatibles avec ses fonctions et ses compétences dans le respect du présent Code. S'il l'estime utile, il peut orienter les personnes ou faire appel à d'autres professionnels.

Article 6 : L'exercice professionnel du psychologue nécessite une installation appropriée dans des locaux adéquats et qui garantissent la confidentialité. Le psychologue dispose de moyens suffisants et adaptés à ses actes professionnels et aux publics auprès desquels il intervient. Il protège contre toute indiscretion l'ensemble des données concernant ses interventions, quels qu'en soient le contenu et le support.

Article 7 : Le psychologue est tenu au secret professionnel dans les conditions et les limites des dispositions du code pénal (articles 226-13 et 226-14). Le secret professionnel couvre tout ce dont le psychologue a connaissance dans l'exercice de sa profession : ce qui lui est confié comme ce qu'il voit, entend ou comprend.

Article 8 : Dans tout échange entre professionnels ayant pour objet l'examen de personnes ou de situations, le psychologue partage uniquement les informations strictement nécessaires à la finalité professionnelle, conformément aux dispositions légales en vigueur. En tenant compte du contexte, il s'efforce d'informer au préalable les personnes concernées de sa participation à ces échanges.

Article 9 : Le psychologue recherche systématiquement le consentement libre et éclairé de ceux qui le consultent ou qui participent à une évaluation ou une expertise. Il les informe de façon claire et intelligible des objectifs, des modalités, du coût éventuel et des limites de son intervention. Le cas échéant, il leur indique la possibilité de consulter un autre praticien.

Article 10 : Lorsque l'intervention se déroule dans un cadre d'expertise judiciaire ou de contrainte légale, le psychologue s'efforce de réunir les conditions d'une relation respectueuse de la dimension psychique de la personne. Les destinataires de ses conclusions sont clairement indiqués à cette dernière.

Article 11 : Dans le cadre d'une pratique auprès d'un mineur, le psychologue s'assure autant que possible de son consentement. Il recherche l'autorisation des représentants légaux dans le respect des règles relatives à l'autorité parentale (Article 371 et suivants du code civil).

Article 12 : Le psychologue recevant un mineur, un majeur protégé, une personne vulnérable ou dont le discernement est altéré ou aboli, tient compte de sa situation, de son statut et des dispositions légales ou réglementaires en vigueur. Lorsque la personne n'est pas en capacité d'exprimer son consentement, le psychologue s'efforce de réunir les conditions d'une relation respectueuse.



Article 13 : L'évaluation faite par le psychologue porte exclusivement sur des personnes qu'il a lui-même rencontrées. Le psychologue peut s'autoriser à donner un avis prudent et circonstancié dans certaines situations, sans que celui-ci ait valeur d'évaluation.

Article 14 : Le psychologue n'utilise pas de sa position à des fins personnelles, de prosélytisme ou d'aliénation économique, affective ou sexuelle des personnes qu'il rencontre.

Article 15 : Le psychologue présente ses conclusions de façon claire et adaptée à la personne concernée. Celles-ci répondent avec prudence et discernement à la demande ou à la question posée. Lorsque ces conclusions sont transmises à un tiers, elles ne comportent les éléments d'ordre psychologique qui les fondent que si nécessaire. L'assentiment de la personne concernée ou son information préalable est requis.

Article 16 : Le psychologue n'engage pas d'interventions impliquant des personnes auxquelles il est personnellement lié. Face à un risque de conflits d'intérêts, le psychologue est amené à se récuser.

Article 17 : Dans le cas de situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique de la personne qui le consulte ou à celle d'un tiers, le psychologue évalue avec discernement la conduite à tenir. Il le fait dans le respect du secret professionnel et des dispositions légales d'assistance à personne en péril. Le psychologue peut éclairer sa décision en prenant conseil, notamment auprès de confrères expérimentés.

Article 18 : Les documents émanant d'un psychologue sont datés, portent son identité, son titre, son numéro ADELI, ses coordonnées professionnelles, sa signature ainsi que le destinataire et l'objet de son écrit. Seul le psychologue auteur de ces documents est habilité à les signer, les modifier, ou les annuler. Il fait respecter la confidentialité de son courrier postal ou électronique.

Article 19 : Dans le cas où le psychologue prévoit d'interrompre son activité ou y est contraint pour quelque motif que ce soit, il s'efforce d'assurer la continuité de son action. Les documents afférents à son activité peuvent être transmis ou détruits, en respectant les procédures offrant toutes garanties de préservation de la confidentialité.

CHAPITRE III MODALITÉS TECHNIQUES D'EXERCICE

Article 20 : La pratique du psychologue est indissociable d'une réflexion critique portant sur ses choix d'intervention. Elle ne se réduit pas aux méthodes ou techniques employées. Elle nécessite une mise en perspective théorique et éthique de celles-ci.

Article 21 : Un des outils principaux du psychologue est l'entretien. Les techniques qu'il utilise à des fins d'évaluation, de diagnostic, d'orientation ou de sélection, doivent avoir été scientifiquement validées. Dans l'utilisation, l'administration, la correction et l'analyse des résultats de tests, le psychologue respecte les principes scientifiques et professionnels acquis pendant sa formation spécifique et en référence aux recommandations de la commission internationale des tests.

Article 22 : Le psychologue est averti du caractère relatif de ses évaluations et interprétations et il prend en compte les processus évolutifs de la personne. Il émet des



conclusions contextualisées et non réductrices concernant les ressources psychologiques et psychosociales des individus ou des groupes.

Article 23 : Le psychologue recueille, traite, classe et archive ses notes personnelles et les données afférentes à son activité de manière à préserver la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel. Lorsque ces données sont utilisées à des fins, de publication ou de communication, elles sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat.

Article 24 : Le psychologue privilégie la rencontre effective à toute forme de communication à distance. Il doit rester personnellement identifiable et veiller à sécuriser les échanges. Il utilise les outils et les techniques de téléconsultation en tenant compte des spécificités et des limites de la cyberpsychologie. Il reste attentif à l'évolution des réglementations en vigueur et aux recommandations des organisations internationales de psychologie.

Article 25 : Le psychologue qui exerce en libéral détermine ses honoraires avec tact et mesure dans le respect des réglementations en vigueur. Il en informe préalablement les personnes qu'il reçoit et/ou les organisations dans lesquelles il intervient. Il s'assure de leur accord.

CHAPITRE IV RELATIONS DU PSYCHOLOGUE AVEC SES PAIRS

Article 26 : Le psychologue veille au respect de sa profession. Il soutient ses pairs dans leur exercice professionnel, en référence au présent Code dont il veille à l'application et à la défense. Il s'efforce de répondre à leur demande de conseil et d'aide en contribuant notamment à la résolution de problèmes déontologiques.

Article 27 : Le psychologue respecte la pluralité des références théoriques et les pratiques de ses pairs, pour autant qu'elles ne contreviennent pas aux principes généraux du présent Code. Cela n'exclut pas l'éventualité d'une critique argumentée.

Article 28 : Lorsque plusieurs psychologues ont connaissance d'intervenir conjointement dans le cadre d'une même situation ou dans un même lieu professionnel, ils se concertent pour préciser la nature et l'articulation de leurs interventions.

Article 29 : Le psychologue agit en toute loyauté vis-à-vis de ses pairs. Il s'interdit tout détournement ou tentative de détournement de clientèle ou de patientèle.

CHAPITRE V DIFFUSION DE LA PSYCHOLOGIE

Article 30 : Le psychologue a une responsabilité dans ce qu'il diffuse de la psychologie et de l'image de la profession auprès du public et des médias. Il se montre vigilant quant au respect du présent Code dans les conditions de sa participation à tout message diffusé publiquement.

Article 31 : Le psychologue fait preuve de rigueur et circonspection dans sa présentation au public, des méthodes, techniques et outils psychologiques qui lui sont propres. Il veille à rappeler, le cas échéant, que leur utilisation, instrumentalisation ou détournement par des non-psychologues est illégitime, et peut être source de danger pour le public.



Article 32 : Le psychologue diffuse au public une information sur son activité professionnelle avec mesure et en référence à son titre, y compris lorsqu'il a recours à la publicité pour son exercice libéral.

TITRE II FORMATION DU PSYCHOLOGUE

Article 33 : L'enseignement de la psychologie et la formation du psychologue respectent les principes déontologiques du présent Code. En sont exclus tout endoctrinement ou sectarisme.

Article 34 : L'enseignement de la psychologie fait une place aux disciplines qui contribuent à la connaissance de l'homme et au respect de ses droits, afin de préparer les étudiants à aborder les questions liées à leur futur exercice dans le respect des connaissances disponibles, de leur fondement scientifique et des valeurs éthiques.

Article 35 : La formation initiale du psychologue intègre les différents champs d'étude de la psychologie, et la pluralité des cadres théoriques, méthodologiques et pratiques, dans une volonté d'ouverture, de mise en perspective et de confrontation critique.

Article 36 : Les institutions de formation présentent et explicitent tout au long de leur cursus le contenu du présent code aux étudiants en psychologie. Elles impulsent la réflexion sur les questions éthiques et déontologiques liées aux différentes pratiques : enseignement, formation, exercice professionnel, recherche. Elles fournissent les références des textes législatifs et réglementaires en lien avec la profession.

Article 37 : Le psychologue peut intervenir dans des formations qui font l'objet d'une explicitation compréhensible et d'une argumentation critique de leurs fondements théoriques et de leur construction.

Article 38 : Il est enseigné aux étudiants que les modes d'intervention concernant l'évaluation relative aux personnes et aux groupes requièrent la plus grande prudence et la plus grande rigueur scientifique et éthique. Les présentations de cas veillent au respect de la dignité et de l'intégrité des personnes concernées.

Article 39 : Le praticien, le formateur ou l'enseignant-chercheur veillent à ce que les exigences concernant les mémoires de recherche, stages, recrutement de participants à une recherche, présentation de cas, jurys d'examens ou de concours soient conformes au présent Code.

Article 40 : Le psychologue contribue à la formation des futurs psychologues notamment en les accueillant en stage. Les dispositifs encadrant les stages et les modalités de la formation professionnelle, dont les chartes et conventions ne doivent pas contrevenir aux dispositions du présent Code.

Article 41 : Le praticien, le formateur ou l'enseignant-chercheur qui encadrent ou supervisent les pratiques professionnelles et les stages veillent à ce que soit respecté l'ensemble des dispositions du présent Code, et plus particulièrement celles qui portent sur la confidentialité, le secret professionnel et le consentement éclairé des personnes.

Article 42 : Le praticien, le formateur ou l'enseignant-chercheur ne tiennent pas les étudiants ou stagiaires pour des patients ou des clients et ont pour unique mission de les former professionnellement, sans exercer sur eux une quelconque pression.



Article 43 : Le psychologue enseignant la psychologie n'accepte aucune rémunération de la part d'une personne bénéficiant de ses services au titre de sa fonction. Il n'exige pas des étudiants leur participation à d'autres activités, payantes ou non, lorsque celles-ci ne font pas explicitement partie du programme de formation dans lequel ils sont engagés.

Article 44 : L'évaluation relative aux travaux des étudiants tient compte des règles de validation des connaissances acquises au cours de la formation initiale selon les modalités officielles. Elle porte sur les disciplines enseignées à l'université, sur les capacités critiques et d'auto-évaluation des candidats. Elle requiert la référence aux exigences éthiques et aux règles déontologiques des psychologues.

Article 45 : Par extension, le psychologue qui participe à la formation de professionnels ou futurs professionnels autres que psychologues observe les mêmes règles déontologiques que celles énoncées dans le présent titre.

TITRE III LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Article 46 : La recherche en psychologie vise à acquérir des connaissances de portée générale et à contribuer à l'amélioration de la condition humaine, à la reconnaissance et au respect de la dimension psychique. Elle respecte la réglementation en vigueur en matière d'éthique de la recherche et de protection des personnes et des données. Le chercheur respecte la liberté, et l'autonomie des participants et recueille leur consentement éclairé, explicite et écrit.

Article 47 : Le chercheur ne réalise une recherche qu'après avoir acquis une connaissance approfondie de la littérature scientifique existant à son sujet, formulé des hypothèses explicites et choisi une méthodologie permettant de les éprouver. Cette méthodologie doit être communicable et reproductible.

Article 48 : Le chercheur évalue préalablement les risques et les inconvénients prévisibles pour les participants. Ceux-ci ont droit à une information intelligible portant sur les objectifs, la procédure de la recherche et sur tous les aspects pouvant influencer leur consentement. Ils doivent également savoir qu'ils gardent à tout moment leur liberté de participer ou non, sans que cela puisse avoir sur eux quelque conséquence que ce soit.

Article 49 : Si, pour des motifs de validité scientifique et de stricte nécessité méthodologique, le participant ne peut être entièrement informé des objectifs de la recherche, il est admis que son information préalable soit incomplète ou comporte des éléments volontairement erronés. Cette exception à la règle du consentement éclairé doit être strictement réservée aux situations dans lesquelles une information complète rendrait la recherche impossible. Les informations masquées ou erronées ne portent jamais sur des aspects susceptibles d'influencer l'acceptation du participant. Au terme de la recherche, une information complète est fournie à ce dernier, qui peut alors décider de retirer son consentement et exiger que les données le concernant soient détruites.

Article 50 : Lorsqu'une personne n'est pas en mesure d'exprimer un consentement libre et éclairé, le chercheur l'inclut dans son étude à la condition d'obtenir l'autorisation



écrite d'une personne légalement fondée à la donner. Il recherche néanmoins l'adhésion du participant en lui fournissant des explications appropriées.

Article 51 : Le chercheur s'engage à assurer la confidentialité des données recueillies, qui restent exclusivement en rapport avec l'objectif poursuivi.

Article 52 : Le participant à une recherche est informé de son droit d'accès aux résultats de celle-ci dans le respect des réglementations en vigueur.

Article 53 : Le chercheur a le devoir d'informer le public des connaissances acquises en restant prudent dans ses conclusions. Il veille à ce que ses comptes rendus ne soient pas modifiés ou utilisés dans des développements contraires aux principes éthiques et déontologiques. Il reste vigilant quant au risque de détournement des résultats de ses recherches.

Article 54 : Le chercheur analyse les effets de ses interventions sur les participants à la recherche. Il s'enquiert de la façon dont ils ont vécu leur participation. Il s'efforce de remédier aux inconvénients ou aux effets éventuellement néfastes qu'aurait pu entraîner sa recherche.

Article 55 : La nature et les modalités de la collaboration au sein d'une équipe de recherche, incluant éventuellement les étudiants, doivent être explicitées en amont et tout au long de la recherche. Les publications qui en sont issues doivent faire apparaître la contribution de chacun au travail collectif.

Article 56 : Lorsqu'il agit en tant qu'expert dans le cadre de rapports pour publication scientifique, d'autorisation à soutenir une thèse ou mémoire, d'évaluation à la demande d'organismes de recherche, le chercheur est tenu de respecter la confidentialité des projets et idées dont il a pris connaissance dans cette fonction. Il ne peut en aucun cas en tirer profit pour lui-même et se récuse en cas de conflit d'intérêts.

Annexe 3 : Fiche métier



Psychologue

Famille : SOCIAL, EDUCATIF, PSYCHOLOGIE ET CULTUREL
Sous-famille : Psychologie
Code métier : 10P10

Information générale

Définition :

Concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité

Autres appellations :

Psychologue hospitalier

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Licence de psychologie
+ Master 2 ou DESS de psychologie (clinique, psychopathologie, enfance/adolescence, gérontologique...)

Activités

- Accueil, encadrement et formation des étudiants et des stagiaires
- Bilan psychologique (recueil d'information, entretien, interprétation et synthèse, restitution)
- Collaboration avec les autres membres de l'équipe pluri-professionnelle
- Conception et élaboration d'interventions psychologiques et thérapeutiques à visée préventive et curative auprès des patients et de leurs familles
- Conseil au projet de pôle et au projet d'établissement
- Elaboration d'un projet psychologique de pôle et d'établissement
- Elaboration du diagnostic sur le fonctionnement psychique d'un patient
- Intervention auprès d'équipes pluriprofessionnelles interne ou externes (formation, soutien, groupes de parole, analyses des pratiques, analyse institutionnelle).
- Pratiques d'entretiens individuels ou collectifs
- Psychothérapies individuelles et de groupe
- Réalisation d'études et recherche en psychologie en lien avec les activités cliniques, enseignement, formation personnelle et vers autrui, expertises
- Recueil et analyse des besoins et des demandes d'interventions,
- Travail d'évaluation par le biais de groupes de réflexion et de supervision théorico-clinique entre professionnel ou par toutes autres méthodes spécifiques

Savoir-Faire

- Choisir une méthode correspondant à son domaine de compétence
- Définir et mettre en œuvre les activités thérapeutiques adaptées au patient
- Formaliser et transmettre son savoir professionnel
- Observer et analyser la situation, le discours des différents acteurs
- Organiser un cadre thérapeutique singulier ou institutionnel (ajuster la thérapeutique en fonction du patient et de son environnement)



- Rédiger et mettre en forme des notes cliniques, documents et/ou rapports, relatifs à son domaine de compétences

► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Approche médico-légale	Connaissances générales
Bilan psychologique	Connaissances d'expert
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Ethique et déontologie professionnelles	Connaissances approfondies
Ethnopsychologie	Connaissances approfondies
Methodologie de recherche en psychologie	Connaissances approfondies
Psycho-sociologie des organisations	Connaissances opérationnelles
Psychologie clinique et psychopathologie	Connaissances d'expert
Psychologie des âges de la vie	Connaissances d'expert
Psychologie générale	Connaissances d'expert
Psychosomatique	Connaissances approfondies
Psychothérapies	Connaissances d'expert

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances d'expert :

Connaissances permettant de produire une analyse critique des théories et des principes, de redéfinir des pratiques professionnelles dans un champ ou à l'interface entre des champs différents. Connaissances très contextualisées. Durée d'acquisition de 3 / 5 et plus ans et plus.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la mobilisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et des protocoles, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- Équipes pluriprofessionnelles pour les projets de soins, pédagogiques et éducatifs.
- Services sociaux, éducatifs, judiciaires, juridiques, maison du handicap, tribunal, école, université..., pour le travail de liaison et de coordination.
- Réseaux de villes et associations (CMP, CMPP, PMI, psychiatres, psychologues libéraux) pour le suivi des patients.
- Groupes de pairs

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

- Licence de psychologie
- + master 2 ou DESS en psychologie clinique, psychopathologie, enfance/adolescence, gérontologique...

Correspondances statutaires éventuelles :

- Psychologue



Annexe 4 : Décret du 31 janvier 1991

Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

NOR: SANH9002525D

Version consolidée au 15 février 2018

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, du ministre des affaires sociales et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, et notamment l'article 44 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, et notamment son article 16 ter ;

Vu le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue ;

Vu le décret n° 90-259 du 22 mars 1990 pris pour application du II de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et relatif aux personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 11 juin 1990 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le présent décret s'applique aux psychologues des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée qui constituent un corps classé en catégorie A.

- Titre Ier : Dispositions générales.

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Les psychologues des établissements mentionnés à l'article 1er exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité.

Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel.

Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action.

En outre, ils peuvent collaborer à des actions de formation organisées, notamment, par les établissements mentionnés à l'article 1er ou par les écoles relevant de ces établissements.

Article 3 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°2010-1323 du 4 novembre 2010 - art. 4](#)



I. - Les psychologues sont recrutés par voie de concours sur titres ouvert par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'établissement ouvrant le concours. Lorsque le concours est ouvert pour le compte de plusieurs établissements du même département, il est ouvert et organisé par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'établissement concerné du département comptant le plus grand nombre de délits.

En ce qui concerne l'administration générale de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, le concours est ouvert par le directeur général.

II. - Le concours comporte :

1° Une admissibilité prononcée par le jury après examen sur dossier des titres, des travaux et, le cas échéant, de l'expérience professionnelle des candidats ;

2° Une épreuve orale d'admission consistant en un entretien à caractère professionnel avec le jury destiné à apprécier les motivations et aptitudes des candidats déclarés admissibles.

III. - Peuvent faire acte de candidature les personnes titulaires :

1° De la licence et de la maîtrise en psychologie qui justifient, en outre, de l'obtention :

a) Soit d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en psychologie ;

b) Soit d'un diplôme d'études approfondies en psychologie comportant un stage professionnel dont les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

c) Soit d'un des titres figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;

2° De la licence visée au 1° et d'un master mention psychologie comportant un stage professionnel dont les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

3° Du diplôme de psychologie délivré par l'école des psychologues praticiens de l'Institut catholique de Paris ;

4° De titres ou diplômes étrangers reconnus comme équivalents aux titres et diplômes mentionnés au 1° et au 2° ci-dessus, dans les conditions fixées au [5° de l'article 1er du décret n° 90-255 du 22 mars 1990 susvisé](#) ;

5° D'une qualification reconnue comme équivalente à l'un des titres ou diplômes mentionnés au 1° et au 2° ci-dessus, dans les conditions fixées par le [chapitre III du décret n° 2007-196 du 13 février 2007](#) relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique ;

Les titres et diplômes visés au 1°, 2°, 3° et 4° doivent avoir été délivrés dans les spécialités définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

IV. - Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les règles de composition du jury.

Article 4 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°96-881 du 2 octobre 1996 - art. 1 JORF 10 octobre 1996 en vigueur le 1er août 1996](#)

Le corps des psychologues de la fonction publique hospitalière comporte le grade de psychologue de classe normale, qui comprend onze échelons, et le grade de psychologue hors classe, qui comprend sept échelons.

Article 5 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 2](#)

La durée du temps passé dans chacun des échelons des grades du corps de psychologue de la fonction publique hospitalière est fixée ainsi qu'il suit :



GRADES ET ÉCHELONS	DURÉE
Psychologue hors classe	
7e échelon	-
6e échelon	3 ans
5e échelon	2 ans 6 mois
4e échelon	2 ans 6 mois
3e échelon	2 ans 6 mois
2e échelon	2 ans 6 mois
1er échelon	2 ans
Psychologue de classe normale	
11e échelon	-
10e échelon	4 ans
9e échelon	4 ans
8e échelon	3 ans 6 mois
7e échelon	3 ans
6e échelon	3 ans
5e échelon	2 ans 6 mois
4e échelon	2 ans
3e échelon	2 ans
2e échelon	1 an
1er échelon	1 an

Article 6 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 3](#)

Peuvent accéder à la hors-classe, dans les conditions prévues au 1° de l'article 69 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, les psychologues de classe normale ayant atteint deux ans d'ancienneté dans le 6e échelon de ce grade. Le nombre de promotions dans le grade de psychologue hors classe est calculé chaque année, dans chaque établissement, dans les conditions fixées à l'article 1er du décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière.

Les psychologues de classe normale nommés psychologues hors classe sont classés dans ce nouveau grade conformément au tableau de correspondance suivant :



SITUATION DANS LA CLASSE NORMALE	SITUATION DANS LA CLASSE HORS CLASSE	ANCIENNETE CONSERVÉE DANS LA LIMITE de la durée de l'échelon
11e échelon	5e échelon	5/6 Ancienneté acquise
10e échelon	4e échelon	5/8 de l'ancienneté acquise
9e échelon	3e échelon	5/8 de l'ancienneté acquise
8e échelon	2e échelon	5/7 de l'ancienneté acquise
7e échelon	1er échelon	2/3 de l'ancienneté acquise
6e échelon à partir de 2 ans	1er échelon	Sans ancienneté

NOTA :

Conformément à l'article 9 du décret n° 2017-658 du 27 avril 2017, les psychologues inscrits sur un tableau d'avancement établi au titre de 2017, promus au grade d'avancement du corps régi par le décret du 31 janvier 1991 précité postérieurement au 1er janvier 2017, sont classés dans le grade d'avancement en tenant compte de la situation qui aurait été la leur s'ils n'avaient cessé de relever, jusqu'à la date de leur promotion, des dispositions de l'article 6 du décret du 31 janvier 1991 précité, dans sa rédaction antérieure au présent décret, puis s'ils avaient été reclassés, à la date de leur promotion, en application des dispositions de l'article 3 du présent décret.

Article 7 (abrogé) [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°96-881 du 2 octobre 1996 - art. 2 JORF 10 octobre 1996 en vigueur le 1er août 1996](#)
- o Abrogé par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 10 \(V\)](#)
- Titre II : Nomination et titularisation.

Article 8 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 4](#)

I. - Les candidats admis aux concours organisés pour l'accès au corps des psychologues de la fonction publique hospitalière sont nommés et classés dans ce corps au 1er échelon du grade de psychologue de classe normale.

II. - Toutefois, les candidats qui avaient déjà la qualité de fonctionnaire sont classés à l'échelon du grade de début qui comporte un indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur à celui qu'ils détenaient dans leur corps, cadre d'emploi ou emploi d'origine.

Dans la limite de l'ancienneté exigée pour une promotion à l'échelon supérieur, ils conservent l'ancienneté d'échelon acquise dans leur précédent corps, cadre d'emploi ou emploi lorsque l'augmentation de traitement consécutive à leur nomination est inférieure à celle qui aurait résulté d'un avancement d'échelon dans leur ancienne situation.

Les candidats nommés alors qu'ils avaient atteint l'échelon le plus élevé de leur précédent corps, cadre d'emploi ou emploi, conservent leur ancienneté d'échelon dans les mêmes conditions et limites lorsque l'augmentation de traitement consécutive à leur nomination est inférieure à celle résultant de l'élévation audit échelon.

III. - Lorsque les dispositions de l'article 10 du présent décret ne leur sont pas applicables, les agents non titulaires de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics qui en dépendent sont titularisés dans le grade de psychologue de classe normale à un échelon déterminé en prenant en compte, sur la base de la durée fixée à l'article 5 pour chaque avancement d'échelon, une fraction de l'ancienneté de service qu'ils ont acquise à la date de leur nomination comme stagiaire dans les conditions suivantes :



a) Les services accomplis dans un emploi du niveau de la catégorie A sont retenus à raison de la moitié jusqu'à douze ans et des trois quarts au-delà de douze ans ;

b) Les services accomplis dans un emploi du niveau de la catégorie B ne sont pas retenus en ce qui concerne les sept premières années ; ils sont pris en compte à raison des six seizièmes pour la fraction comprise entre sept ans et seize ans et à raison des neuf seizièmes pour l'ancienneté acquise au-delà de seize ans ;

c) Les services accomplis dans un emploi du niveau des catégories C et D sont retenus à raison des six seizièmes pour l'ancienneté acquise au-delà de dix ans.

Les agents non titulaires qui ont occupé antérieurement des emplois d'un niveau inférieur à celui qu'ils occupent au moment de leur nomination peuvent demander à bénéficier des effets les plus favorables résultant :

- soit du cumul des dispositions des a, b et c ci-dessus ;

- soit de l'application à la totalité de leur ancienneté de service des règles de calcul fixées au présent III pour les emplois du niveau le moins élevé qu'ils ont occupés au cours de leur carrière.

L'application des dispositions qui précèdent ne peut avoir pour conséquence de conférer aux intéressés une situation plus favorable que celle qui résulterait de leur classement à un échelon comportant un traitement égal ou à défaut immédiatement supérieur à celui perçu dans l'ancien emploi avec conservation de l'ancienneté d'échelon dans les conditions définies aux deuxième et troisième alinéas du II ci-dessus.

Article 8-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Créé par [Décret n°2017-658 du 27 avril 2017 - art. 5](#)

Les psychologues de la fonction publique hospitalière qui ont été recrutés par la voie du concours sur titre dans le grade de psychologue de classe normale mentionné au I de l'article 3 et qui ont présenté une épreuve adaptée aux titulaires d'un doctorat bénéficiant, au titre de la préparation du doctorat, d'une bonification d'ancienneté de deux ans. Lorsque la période de préparation du doctorat a été accomplie sous contrat de travail, les services accomplis dans ce cadre sont pris en compte, selon les modalités prévues, selon le cas, aux articles [7](#) ou [9](#) du décret n° 2007-961 du 15 mai 2007 fixant les dispositions statutaires communes applicables à certains corps de fonctionnaires de catégorie A de la fonction publique hospitalière, pour la part de leur durée excédant deux ans. Une même période ne peut être prise en compte qu'une seule fois.

Article 9 [En savoir plus sur cet article...](#)

La durée du stage prévu à l'article 37 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée auquel sont astreints les agents nommés dans les conditions énoncées à l'article 8 ci-dessus est fixée à douze mois. Elle peut être prolongée, à titre exceptionnel, pour une durée qui ne peut être supérieure à une année par l'autorité ayant pouvoir de nomination. Cette autorité prononce à l'issue du stage la titularisation.

L'agent qui ne peut être titularisé est licencié s'il ne relevait pas d'un autre corps, cadre d'emploi ou emploi. Il est soit réintégré dans son corps d'origine, s'il était fonctionnaire hospitalier, soit remis à la disposition de son administration d'origine, s'il était fonctionnaire de l'Etat ou fonctionnaire territorial.

Article 10 [En savoir plus sur cet article...](#)

- o Modifié par [Décret n°93-317 du 10 mars 1993 - art. 1 JORF 12 mars 1993 en vigueur le 1er janvier 1993](#)

Les fonctionnaires régis par le présent décret qui, antérieurement à leur recrutement, ont été employés et rémunérés en qualité de fonctionnaire ou d'agent public dans un établissement de soins public ou dans un établissement social ou médico-social public, ou en qualité de salarié dans un établissement de soins privé ou dans un établissement social ou médico-social privé, ou dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale ou un cabinet de radiologie, dans des fonctions correspondant à celles dans lesquelles ils sont nommés, bénéficiant, lors de leur nomination dans un emploi, d'une reprise d'ancienneté égale à la totalité de la durée des services visés ci-dessus, sous réserve qu'ils justifient qu'ils possédaient les titres, diplômes ou



autorisations exigés pour l'exercice desdites fonctions antérieures. La demande de reprise d'ancienneté, accompagnée de toutes les pièces justificatives, devra être présentée dans un délai de six mois à compter de la nomination.

- Titre III : Dispositions diverses.



Annexe 5 : Circulaire du 30 avril 2012

Circulaire DGOS/RHSS n° 2012-181 du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2012/5 du 15 juin 2012, Page 187.

MINISTÈRE DU TRAVAIL,

DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines

du système de santé

NOR : ETSH1222584C

Validée par le CNP le 20 avril 2012. – Visa CNP 2012-106.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en oeuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : organisation de la profession de psychologue dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : recrutement, temps FIR, représentation institutionnelle.

Mots clés : psychologues – recrutement – temps FIR – structuration institutionnelle de la profession de psychologues.

Références :

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droit et obligations des fonctionnaires ;

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et notamment son article 44 ;

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 modifié portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 13 janvier 2012 modifiant l'arrêté du 26 août 1991 fixant la composition du jury des concours sur titres prévu à l'article 3 du décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

Texte abrogé : circulaire DHOS/RH4 n° 2010-142 du 4 mai 2010 relative à la situation des psychologues dans la fonction publique hospitalière.

Annexe : Fiche « psychologues » du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (pour mise en oeuvre).

Depuis mars 2011, la direction générale de l'offre de soins conduit des travaux sur les modalités d'exercice du métier de psychologue au sein des établissements relevant de la fonction publique hospitalière. La présente circulaire a pour objet d'informer les



établissements des résultats de ces travaux et des modalités de leur mise en œuvre.



1. Recrutement des psychologues dans la fonction publique hospitalière

Les postes de psychologues sont occupés aujourd'hui à plus de 50 % par des personnels contractuels.

Je veux réaffirmer le principe selon lequel les emplois permanents à temps complet ont vocation à être occupés par des fonctionnaires. Il convient donc que les fonctions de psychologues soient exercées par les titulaires du corps correspondant.

Tout poste déclaré vacant doit donc faire l'objet d'une publication préalable, afin que les candidats souhaitant bénéficier d'un changement d'établissement soient en mesure d'avoir connaissance des postes vacants et, le cas échéant de se porter candidat. Tout poste ainsi publié et demeurant vacant doit pouvoir être pourvu par concours de recrutement dans le corps des psychologues de la fonction publique hospitalière. Dans la mesure où des postes à temps non complets seraient ouverts dans plusieurs établissements géographiquement proches, je réitère l'incitation à ouvrir un poste à temps plein dans l'optique de recruter un psychologue fonctionnaire. Celui-ci pourra ensuite partager son temps de travail entre les deux établissements par le biais d'une convention de mise à disposition signée par les deux établissements et par le psychologue intéressé. Je veux par ailleurs porter à votre attention l'arrêté du 13 janvier 2012 qui modifie l'arrêté du 26 août 1991 fixant la composition des jurys des concours sur titre. Cette modification vise à renforcer le regard professionnel au sein de ces jurys en y introduisant un psychologue supplémentaire ; il impose également aux chefs d'établissement organisateurs des concours la désignation d'un directeur et d'un médecin extérieur à l'établissement pour participer aux jurys.

• Dispositions relatives au temps de travail des psychologues et accès au temps lié à la fonction de formation, d'information et de recherche (FIR)

Les fonctions du psychologue sont définies par l'article 2 du décret du 31 janvier 1991 modifié portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière. Ces fonctions sont composées de fonctions cliniques qui peuvent s'adresser à des personnes ou des groupes. La mise en oeuvre de ces fonctions fait appel aux méthodes, moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation du psychologue qui les choisit en toute autonomie. L'article 2 dispose par ailleurs que les psychologues « entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherche et formation que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action ». Cette fonction de formation, d'information et de recherche, couramment appelée temps FIR est une fonction indispensable à un exercice optimisé des missions. Elle n'est pas liée au statut de fonctionnaire et concerne aussi bien les psychologues titulaires de la fonction publique hospitalière que les contractuels sur emploi permanent qu'ils exercent leur activité à temps plein ou à temps non complet. Ne sont pas considérés comme occupant des emplois permanents les contractuels recrutés sur la base de l'article 9-1 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986.

Cette démarche peut prendre plusieurs formes :

– un travail d'évaluation prenant en compte la propre dimension personnelle du psychologue,

effectué par toute méthode spécifique librement choisie ;

– une actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique;

– une participation, impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche.

En outre, les psychologues peuvent, le cas échéant, participer et collaborer à des actions de formation, notamment auprès des personnels des établissements visés à l'article 2 du titre IV et auprès des écoles ou centres de formation qui y sont rattachés.



Ils sont également chargés de l'accueil d'étudiants en psychologie effectuant un stage hospitalier.

Les activités liées à la fonction FIR ne peuvent donner lieu à rémunération autre que celle liée au service fait du fonctionnaire dans le cadre de ses obligations de service. La circulaire DH/FH3/92 n°23 du 23 juin 1992 avait proposé une répartition des fonctions sur la base de 2/3 du temps de travail consacrées aux fonctions cliniques et 1/3 aux activités de formation, information, recherche.

De principe, les activités du FIR doivent être organisées en cohérence et complémentarité avec les besoins du service et dans le respect du temps d'accueil des patients. Le temps consacré à cette démarche doit être dorénavant défini chaque année dans le cadre d'un entretien entre le psychologue et son responsable hiérarchique désigné, à partir de l'expression de ses besoins individuels et de son investissement dans les projets institutionnels, dans la limite d'1/3 du temps de travail. La supervision individuelle est réaffirmée comme fondamentale pour les psychologues qui en font le choix. Chaque psychologue rend également compte individuellement chaque année de l'utilisation de ce temps et de son apport pour sa pratique à son responsable hiérarchique.

Sur la base des objectifs qui auront été arrêtés chaque année, les psychologues doivent bénéficier de toutes les facilités pour exercer leur fonction FIR et notamment de l'établissement d'un ordre de mission annuel. Par ailleurs, certaines actions de formation peuvent être prises en charge sur le budget de la formation continue.

Si la liberté d'organisation des établissements de santé a été clairement inscrite dans la loi HPST, je souhaite enfin rappeler que les cadres, cadres supérieurs de santé ou directeurs des soins ne peuvent assurer d'autorité hiérarchique sur les psychologues hospitaliers compte tenu de la spécificité de leur intervention.

• **Le métier de psychologue à l'hôpital**

- ✓ *La révision de la fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*

La deuxième version du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière a été finalisée en 2008.

Afin de mieux prendre en compte les spécificités de l'intervention des psychologues, la fiche métier du psychologue hospitalier a été révisée.

Trois axes ont présidé à cette révision :

- l'inscription des psychologues dans une famille « social – éducatif – psychologie » permettant de reconnaître la spécificité de leur intervention dans la FPH ;
- la description de leurs activités selon trois axes rendant compte de leur rôle au sein de l'institution hospitalière : activités cliniques auprès du patient, activités cliniques institutionnelles, formation-information-recherche ;
- la réintroduction de la psychothérapie au coeur de l'activité du métier des psychologues hospitaliers.

- ✓ *La structuration d'une représentation de la profession*

Par ailleurs, sur la base des initiatives prises par plusieurs établissements de santé, de création de services centraux de psychologie ou de collèges institutionnels de psychologues, il est apparu pertinent de proposer la mise en place, au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, d'une structure de représentation de la profession. La forme en sera décidée par chaque établissement en concertation avec les psychologues. Cette proposition de création est, pour la profession comme pour les établissements de santé, une opportunité pour que les



psychologues, outre leur investissement individuel au sein des pôles, participent collectivement plus activement au fonctionnement des établissements. Trois volets de missions ont été identifiés pour cette structure.

Un volet clinique

Ce volet consiste en l'élaboration d'un projet de psychologie en cohérence avec le projet de l'établissement et notamment le projet médical :

- recensement des besoins de prise en charge ;
- définition de l'offre de soins ;
- définition des axes thérapeutiques ;
- interface avec les autres professions dans la prise en charge des patients.

Il consiste également en l'élaboration d'un bilan d'activité annuel.

Un volet formation/recherche articulé avec la fonction FIR :

- implication des psychologues dans la formation des étudiants (gestion des stages en lien avec l'université) ;
- implication des psychologues dans la formation des autres professionnels (organisation de colloques, offre de formation à destination des professionnels de l'établissement, etc.) ;
- organisation d'une veille scientifique collective, d'une documentation ;
- diffusion de l'information scientifique, organisation de groupes de réflexion, impulsion de thématiques de recherche et de publications.

Hors fonction FIR :

Le volet formation comporte des éléments centrés sur la formation continue des psychologues (recueil des besoins, proposition d'axes spécifiques du plan de formation, information des professionnels sur les offres de formation existantes).

Un volet administratif

Participation au recrutement : participation avec les DRH à l'analyse des besoins en recrutement, participation à l'élaboration des fiches de poste, participation à des jurys de concours. Participation à la procédure de notation : mise au point en lien avec les DRH d'une grille de lecture de la fiche institutionnelle d'évaluation adaptée à la profession.

Une expérimentation autour du déploiement de ces missions et de ces structures sera conduite à partir de septembre 2012 et pour une durée de deux ans au sein d'établissements volontaires. Le taux de promotion applicable au corps des psychologues de la fonction publique hospitalière ainsi que la question de l'évolution de leurs grilles de rémunération, points également à l'ordre du jour des discussions, feront l'objet d'informations et d'instructions ultérieures.

Vous voudrez bien faire part, sous le présent timbre, des difficultés qui pourraient se présenter dans l'application de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :

Le chef de service,

Adjoint au directeur général de l'offre de soins,

F. FAUCON



Annexe 6 : Lieux d'intervention des psychologues par pôle

MAJ septembre 2025

Pôle Vannes-Muzillac-Auray

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
BELLEC Emmanuelle	CEPRA Clinique vannetaise CMP Nivillac	30% 20% 30%
BOIN Océane	CMP Vannes HJ Armorique	60% 40%
CHEREL Alice	An Tremen CMPS du pôle HTC du pôle	40% 30% 30%
CORRIGNAN Tuija	CMPS Auray	100%
CORITON EMILIE	CMPS Auray UMP (consultations post-traumatiques)	50% 40%
DOULHAK-GUERIN Rita	USMP Maison d'arrêt Vannes	50%
DUPUY Camille	USIP EMPP CMP Vannes Alré	40% 30% 10% 20%
HUMILY Nolwenn	CMP Vannes HJ Armorique USIP	40% 30% 30%
LE BOURSICAUD Yvanne	CEPRA EPSM CMP Vannes CMP Muzillac	30% 40% 30%
LE PRIOL Maude	CMPS Auray CMP Belle-Île	70% 30%
LE RAY Isabella	CMP Muzillac PAEJ Vannes UMP Liaison FIR	40% 20% 10% 10%
MICHEL Marie	Daumézon B Clinique des Sources CMPS Kerniol	30% 30% 20%
RAIMBAULT Corinne	UMP Consultations post-traumatiques CMP Vannes CMP Sarzeau	20% 50% 30%
RAMAT Stéphanie	CMPS Auray CMP CMPS Auray HJ	50% 50%
SALOMON Hugo	CMPS Auray CMP Clinique Alré Daumézon A	40% 20% 40%



YSSOUF Rozette	CMP Vannes PAEJ Auray	80% 10%
----------------	--------------------------	------------

Pôle Saint Avé- Ploërmel – Locminé

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
AUBERT Edith	CMPS Locminé (CMP, CDJ,ATA)	100%
GUILLE- TRIARD Gwénaëlle	CMP Questembert CMPS Ploërmel Clinique Triskell	40% 20% 20%
JUHEL Marion	CMP Malestroit CMP Questembert CMP Ploërmel Clinique Triskell	40% 20% 20% 20%
LANGUILLAT Colline	CMPS Saint Avé / Ploërmel / Locminé HJ Saint-Avé IRPS Amaryllis	20% 10% 50% 20%
LE BODIC Cédric	CMPS Saint-Avé CMPS Ploërmel IRPS SPO	20% 20% 30% 10%
LE BORGNE Delphine	CMPS Saint-Avé CMP Josselin CMPS Ploërmel Triskell HJ Saint-Avé	40% 20% 20% 20%
MESLET Agathe	CMPS St Avé CMPS Ploërmel CMPS Locminé	20% 20% 40%
MICHELOT Mannaïg	CMP Malestroit CMPS Saint-Avé IRPS SPO	20% 20% 30% 10%
SUC Elie	CMPS Locminé	100%



Pôle des Spécialités

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
BOUGON Aude	Er Liamm Tremplin	70% 30%

Pôle Médico-social

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
BOULLEZ Léontine	FAM Bignan MAS du Coudray	50% 50%
LEFORESTIER Stéphanie	FAM Kerhuel Résidence Arc-en-ciel	50% 50%
LE FLOHIC Mélanie	MAS Kerblay	50%

Pôle de pédopsychiatrie

NOM Prénom	Lieux d'intervention	Quotité de temps
BELLECC Lysiane	CPEA Auray CMP - HJ	80%
BOUKHALED Rayan	Unité Evaluation Diagnostic autisme	50%
BOUVET Anaïs	CPEA Ménimur	100%
BRIZARD Emilie	CPEA Ménimur CPEA Locminé	40% 40%
CHANTELOT Marianne	CPEA Ménimur	100%
CHEREL Mathilde	CPEA Ménimur CPEA Locminé	60% 40%
CLAISE Sandy	CPEA Auray Clinique Ado	60% 40%
CLERIVET Nolwenn	CPEA Locminé Liaisons pédiatriques	40% 60%
COURANT Emilie	CPEA Beaupré	80%
COFFORNIC Aurélie	CPEA Muzillac	80%
DALBAGNE Mélusine	CPEA Locminé	100%
DALIGAULT Florence	Unité Thérapeutique Bébé Parents Vannes	100%
DAVOINE Géraldine	CPEA Muzillac Maison des Adolescents	60% 20%
FOURNEREAU Isabelle	CPEA Beaupré Thérapie Familiale	80% 10%
GRANDIERE Antoine	Maison des Adolescents	20%
JANDOT Mathilde	Unité Evaluation Diagnostic autisme	30%
JULIOT Lucie	Maison des Adolescents	100%
LE BLAY Flavien	Maison des Adolescents	40%



LE GUILLY Nathalie	Unité Thérapeutique Bébé Parents Ploërmel	100%
LEGRIX – DOILLON Anne	EMIGCA Equipe Mobile	60% 20%
LEHUEDE Laura	Unité Evaluation Diagnostic autisme	50%
LE PANSE Camille	CPEA Auray CPEA Belle Ile	80% 20%
LEPAVEC Florence	Clinique ado Maison des adolescents	60% 40%
MAILLARD Anne Sophie	CPEA Questembert	70%
PECQUET Myriam	HJ TCA HJ ado	60% 40%
POURCHET Amélie	CPEA Ploërmel	100%
RENAULT Camille	CPEA Ploërmel	80%
RUCHAUD Anaïs	CPEA Beaupré	100%
SAINTE MARIE Julie	CPEA Auray	60%
VELLO Cloé	CPEA Muzillac EMIGCA	30% 70%



Annexe 7 : Répartition des psychologues par dispositifs

Pôle Vannes – Muzillac - Auray

CMPS Vannes

CMP Vannes :	Yvonne LE BOURSICAUD	40%
	Corinne RAIMBAULT	30%
	Rozette YSSOUF	80%
	Nolwenn HUMILY	40%
	Océane BOIN	60%
	Camille DUPUY	10%
HJ Armorique :	Océane BOIN	40%
	Nolwenn HUMILY	30%
Equipe Mobile Précarité :		
	Camille DUPUY	30%
Neuropsychologue (CMP + CPJA) :		
	Alice CHEREL	30%
An Tremen :	Alice CHEREL	40%

CMPS Kerniol :

CMP Kerniol :	Marie MICHEL	20%
HDJ Kerniol :	Marie MICHEL	20%

CMPS Muzillac :

CMP Muzillac :	Yvonne LE BOURSICAUD	30%
	Isabella LE RAY	40%
CMP Nivillac :	Emmanuelle BELLEC	30%
CMP Sarzeau :	Corinne RAIMBAULT	30%



CMPS Auray

CMP Auray :	Maude LE PRIOL	70%
	Tuija CORRIGNAN	100%
	Emilie CORITON	50%
	Stéphanie RAMAT	50%
	Hugo SALOMON	40%
HJ Auray :	Stéphanie RAMAT	50%
CMP Belle-Ile :	Maude LE PRIOL	30%

USMP Vannes

	DOULHAK-GUERIN Rita	50%
	Le MONTAGNER Frédérique	20%

HTC

Clinique des Sources :		
	Emmanuelle BELLEC	20%
	Marie MICHEL	30%
Clinique Alré	Hugo SALOMON	20%
	Camille DUPUY	20%
USIP	Nolwenn HUMILY	30%
	Camille DUPUY	40%

Neuropsychologue (HTC + Daumézon A et B):		
	Alice CHEREL	30%

Gérontopsychiatrie

Daumézon A	Hugo SALOMON	40%
Daumézon B	Marie MICHEL	30%
CMP Kerniol :	Marie MICHEL	20%
HDJ Kerniol :	Marie MICHEL	20%



Urgences

CEPRA EPSM	Emmanuelle BELLEC	30%
	Yvonne LE BOURSICAUD	30%
UMP Consultations post-traumatiques		
	Emilie CORITON	40%
	Corinne RAIMBAULT	40%
UMP Liaison	Isabella LE RAY	10%

Pôle Saint Avé – Ploërmel – Locminé

CMPS Saint Avé

CMP Saint-Avé :	Cédric LE BODIC	20%
	Delphine LEBORGNE	40%
	Mannaïg MICHELOT	20%
	Agathe MESLET	20%
	Colline LANGUILLAT	20%
HJ St-Avé :	Delphine LEBORGNE	20%
	Colline LANGUILLAT	10%

CMPS Ploërmel

CMP Ploërmel :	Gwénaëlle GUILLE-TRIARD	20%
	Cédric LE BODIC	20%
	Delphine LEBORGNE	30%
	Agathe MESLET	20%
	Marion JUHEL	20%
HJ Ploërmel :	Delphine LE BORGNE	10%
CMP Malestroit:	Marion JUHEL	40%
	Mannaïg MICHELOT	20%
CMP Questembert :	Gwénaëlle GUILLE-TRIARD	40%
	Marion JUHEL	20%



CMPS Locminé

CMP Locminé :	Edith AUBERT	70%
	Agathe MESLET	40%
	Elie SUC	100%

HJ Locminé:	Edith AUBERT	20%
-------------	--------------	-----

A.T.A.	Edith AUBERT	10%
--------	--------------	-----

HTC

Clinique Triskell :	Gwénaëlle GUILLE-TRIARD	20%
	Marion JUHEL	20%

I.R.P.S.

RIA :	Mannaïg MICHELOT	30%
	Colline LANGUILLAT	30%
	Cédric LE BODIC	20%

Amaryllis :	Cédric LE BODIC	10%
	Colline LANGUILLAT	20%

Bloc médical

Consultations externes (Evaluations SPO/CMP) :		
	Mannaïg MICHELOT	10%
	Cédric LE BODIC	10%

Pôle des spécialités

Unités Tremplin	Aude Bougon	30%
-----------------	-------------	-----

Addictologie

Er Liamm	Aude Bougon	70%
----------	-------------	-----

Pôle médico-social

FAM de Kerhuel

	Stéphanie LEFORESTIER	50%
--	-----------------------	-----



FAM de Bignan

Léontine BOULLEZ 50%

MAS de Kerblay

Mélanie LE FLOHIC 50 %

MAS du Coudray

Léontine BOULLEZ 50%

Résidence Arc-en-ciel

Stéphanie LEFORESTIER 50%

Pôle de pédopsychiatrie

CPEA Vannetais

CPEA Beupré Lalande (3-7 ans)

Isabelle FOURNEREAU	80%
Emilie COURANT	80%
Anaïs RUCHAUD	100%

CPEA Ménimur (6-14 ans)

Anaïs BOUVET	100%
Marianne CHANTELOT	100%
Emilie BRIZARD	40%
Mathilde CHEREL	60%

CPEA généralistes

CPEA Muzillac – Questembert

Aurélie COFFORNIC	80%	Muzillac
Géraldine DAVOINE	60%	Muzillac
Cloe VELLO	30%	Muzillac
Anne Sophie MAILLARD	70%	Questembert



CPEA Ploërmel

Amélie POURCHET	100%
Camille RENAULT	80%
A pourvoir	60%

CPEA Locminé

Emilie BRIZARD	40%
Nolwenn CLERIVET	40%
Mélusine DALBAGNE	100%
Mathilde CHEREL	40%

CPEA Auray

Julie SAINTE MARIE	60%	
Lysiane BELLEC	80%	
Sandy CLAISE	60%	(renfort)
Camille LE PANSE	80%	
Camille LE PANSE	20%	CMP Belle-Ile

Clinique Ado

Florence LEPAVEC	60%
Sandy CLAISE	40%

Equipe Mobile de Gestion de Crise pour Adolescents (EMIGCA)

Anne LEGRIX	60%
Cloe VELLO	70%

Equipe Mobile

Anne LEGRIX	20%
-------------	-----

HdJ TCA

Myriam PECQUET	60%
----------------	-----



Unité Evaluation Diagnostic Enfant Autisme

Laura LE HUEDE	50%
Mathilde JANDOT	30%
Rayan BOUKHALED	50%

Unité Thérapeutique Bébés-Parents

UTBP Vannes

Florence DALIGAULT	100%
--------------------	------

UTBP Ploërmel

Nathalie LE GUILLY	100%
--------------------	------

Maison des Adolescents

MDA Vannes

Lucie JULIOT	100%
Géraldine DAVOINE	20%
Flavien LE BLAY	40%

MDA Ploërmel-Guer

Florence LEPAVEC	40%
Antoine GRANDIERE	20%

PAEJ (Point Accueil Ecoute Jeunes)

Isabella LE RAY	20%
-----------------	-----



Annexe 8 : Liste des Représentants du Collège des psychologues aux commissions de l'établissement

Etablie chaque année lors de la réunion de collège du mois de novembre, cette liste pour 2024/2025 est composée comme suit :

- Réunion d'Encadrement : Anne Legrix
- Comité de pilotage d'An Heol : Isabelle Dalle, Florence Daligault
- Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques : Océane Boin, Corinne Raimbault (suppléante)
- Comité violence : Amélie Pourchet
- Comité Lutte contre la Douleur : Stéphanie Leforestier, Mélanie Le Flohic
- Projet social : Emilie Courant
- Commission Médicale Établissement : Tuija Corrigan
- Espace de Réflexion Ethique : Stéphanie Ramat, Stéphanie Leforestier
- La commission / Copil de l'Etape (appartements thérapeutiques / associatifs / ALT) : Stéphanie Ramat
- Qualité Vie au Travail : Lou Chavanne
- CARRLI (Comité d'Application de règles Relatives au Respect des Libertés Individuelles) : Nolwenn Humily
- Merlin : Marion Juhel, Emilie Coriton, Stéphanie Leforestier
- CCRC (recherche clinique) : Cédric Le Bodic
- Egalité au travail : Lucie Juliot
- Commission développement durable : Delphine Le Borgne
- PPsP : Yvanne Le Boursicault, Elie Suc, Corinne Raimbault, Maël Froger, Emilie Courant, Florence Daligault
- Projet Architectural (Schéma Directeur Immobilier à Energies Positives) : Gwénaëlle Guille-Triard, Alice Cherel
- Commission logement et santé mentale : Stéphanie Ramat
- Coopération internationale Hospitalière de l'EPSM : Stéphanie Ramat, Lucie Juliot, Elie Suc
- Commission formation : Emilie Coriton



Sous commissions, comités et regroupement au sein du collège

- Regroupement des psychologues de l'intra : Gwenaelle Guille Triard, Michel Marie, Nolwenn Humily, Marion Juhel, Alice Cherel, Philomène Voisin, Hugo Salomon, Stéphanie Leforestier
- Commission inter-collège : Gwenaelle Guille-Triard, Nolwenn Humily, Stéphanie Leforestier, Isabella Le Ray, Marie Michel, Alice Cherel, Maël Froger
- Commission stage : Agathe Meslet, Isabella Le Ray
- Comité d'organisation des conférences : Anaïs Ruchaud, Delphine Le Borgne, Mélusine Dalbagne, Nolwenn Clériveret, Maude Le Priol, Cloé Vello
- Commission recrutement : Corinne Rimbault, Alice Cherel, Océane Boin, Emilie Brizard, Lysiane Bellec
- Projet psychologique : Aude Bougon, Maël Froger, Isabella Le Ray, Nolwenn Humily, Marion Juhel, Delphine Le Borgne, Agathe Meslet, Stéphanie Leforestier



Annexe 9 : Rappel du cadre légal des soins pénalement ordonnés¹⁷

L'obligation de soins

L'obligation de soin est une mesure qui peut être prononcée avant ou après la condamnation. Sa particularité, nous verrons que c'est peut-être elle qui pose le plus de difficultés dans l'articulation entre justice et santé, est qu'il n'est pas nécessaire qu'une expertise ait eu lieu pour qu'elle soit prononcée. Elle ne concerne par ailleurs pas que les délinquants sexuels et ne prévoit pas de dispositif ni d'acteur particulier faisant l'interface entre justice et soin, comme dans l'injonction thérapeutique avec le médecin relais ou dans l'injonction de soins avec le médecin coordonnateur. Le *Guide de l'injonction de soins* en donne une présentation très claire et distingue l'obligation avant et après déclaration de culpabilité. Dans le premier cas, elle constitue une modalité du contrôle judiciaire et est définie légalement ainsi : « se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication » (art 138 – 10°CPP). Dans le second cas, l'obligation est comme l'indique le Guide, « une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du CP pour : l'ajournement avec mise à l'épreuve ; l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ; l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ; une mesure d'aménagement de peine ».

Sa définition légale est la suivante : « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-45 du Code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle ou excessive de boissons alcooliques » (art 132-45 3°CP). Dans ce cadre de l'obligation de soins, ce que l'on peut retenir, c'est que tous délits ou crimes peuvent donner lieu à l'imposition de se soigner sous ce régime, dès lors que le juge a estimé, sans avis médical nécessaire, que la personne condamnée avait besoin de soins. Le seul lien entre le médecin ou le psychologue (depuis la loi du 12 décembre 2005) et le juge se résumera alors bien souvent aux attestations remises directement au patient.

L'obligation de soin est donc plus large que l'injonction thérapeutique, notamment du point de vue des personnes visées, et se différencie de l'injonction de soin par plusieurs points. Il importe à présent de revenir sur le cadre précis de cette dernière afin de bien saisir les disparités entre ces deux mesures (obligation et injonction de soin) et de mieux appréhender les enjeux qui en découlent pour le praticien.

¹⁷ Tiré de : Le Bodic C., Michelot M., Robin R., Les soins pénalement ordonnés (I). Cadre légal et revue de la littérature, *Annales médico-psychologiques*, vol. 173, n°2, 2015, 197-202.



L'injonction de soins

Initialement, l'injonction de soin était exclusivement liée à la peine de suivi socio-judiciaire. Depuis son instauration en 1998, le dispositif légal encadrant cette mesure a cependant connu une évolution législative prenant quatre formes : celle d'une extension du champ d'application du suivi socio-judiciaire, celle d'une systématisation de l'injonction de soin, enfin celles permettant de « prescrire » une injonction de soin en dehors du suivi socio-judiciaire d'un côté et *a posteriori* de la condamnation de l'autre. Désormais, l'injonction peut être prononcée dans d'autres cadres légaux qui sont : le sursis avec mise à l'épreuve, la libération conditionnelle, la surveillance judiciaire, la surveillance de sûreté et la rétention de sûreté. L'injonction de soins implique de fait l'articulation entre autorités judiciaires et sanitaires, en se fondant sur une expertise médicale ayant conclu à la possibilité d'un traitement et en convoquant un médecin coordonnateur (article L. 3711-1 du CSP), interface entre les représentants des deux institutions. Selon le cadre légal, l'injonction de soins ne sera pas prononcée par la même juridiction. Ainsi, pour un suivi socio-judiciaire ou un sursis avec mise à l'épreuve, c'est la juridiction de jugement qui est concernée. Pour la libération conditionnelle et la surveillance judiciaire, il s'agira de la juridiction de l'application des peines et pour la surveillance ou la rétention de sûreté, ce sont les juridictions de la rétention de sûreté qui font autorité.

Le suivi socio-judiciaire est applicable depuis le 20 juin 1998 et fait suite à la loi n°98-468 du 17 juin 1998 connue comme la loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Depuis 1998, la liste des actes concernés par cette loi et par le suivi socio-judiciaire a été à plusieurs reprises modifiée (lois de décembre 2005 en intégrant les violences sur les personnes (meurtres, assassinats), mars 2007 en incluant les violences intrafamiliales, et juillet 2010) dans le sens de l'allongement. Pour autant, il semble que cet élargissement progressif n'ait eu que peu d'impact sur le dispositif et n'ait pas appauvri ou plus encore perverti son esprit. La grande majorité des suivis socio-judiciaires concerne principalement les auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Le suivi socio-judiciaire n'a pas le même statut selon qu'il concerne des délits ou des crimes. Dans le premier cas, il peut être prononcé à titre de peine principale ou à titre de peine complémentaire à une amende ou un emprisonnement. Dans la seconde situation, il ne peut qu'être une peine complémentaire à une peine privative de liberté. Il ne peut par contre jamais être ordonné en même temps qu'un sursis avec mise à l'épreuve.

La durée du suivi socio-judiciaire est fixée par l'article 131-36-1 alinéas 2 du CP. Ce dernier opère une distinction entre les faits commis avant le 11 mars 2004 et ceux commis après. Pour les délits commis avant, la durée maximale du suivi est de 10 ans alors que pour les crimes il est de 20 ans. Pour les faits commis après cette date, le suivi est de 10 ans pour les délits sauf « si la juridiction de jugement décide de la porter à 20



ans par décision spécialement motivée » [18]. Pour les crimes, la durée du suivi s'élève à 20 ans, pour les crimes punis de trente ans de réclusion criminelle, elle se situe à 30 ans et pour ceux puni de la réclusion criminelle à perpétuité, il n'y a pas de limitation de durée.

Il est enfin important de mentionner ce que risque toute personne en cas d'inobservation des obligations liées au suivi socio-judiciaire : la durée maximale de l'emprisonnement est de 2 ans pour des faits relevant d'une condamnation pour délit, et de 5 ans pour crime, commis avant le 11 mars 2004 et respectivement de 3 ans et 7 ans pour des faits commis après cette date.

	Cadre légal	Modalités
Obligation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôle judiciaire ▪ Ajournement avec mise à l'épreuve ▪ Sursis avec mise à l'épreuve (+TIG) ▪ Aménagement de peine 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas nécessairement d'expertise. Ajoutable ou supprimable par ordonnance du JAP à tout moment de la mesure ▪ Le suivi repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé
Injonction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi Socio-judiciaire ▪ Surveillance judiciaire ▪ Libération conditionnelle ▪ Sursis avec mise à l'épreuve ▪ Surveillance de sûreté ▪ Rétention de sûreté (loi du 10/08/2007) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise nécessaire ▪ Ajoutable à tout moment de la peine par le JAP ▪ Médecin coordonnateur comme interface entre médecin traitant, psychologue et JAP et service

Tableau récapitulatif du cadre légal et des modalités de l'obligation et de l'injonction de soins [18]

Annexe 10 : La réhabilitation psychosociale

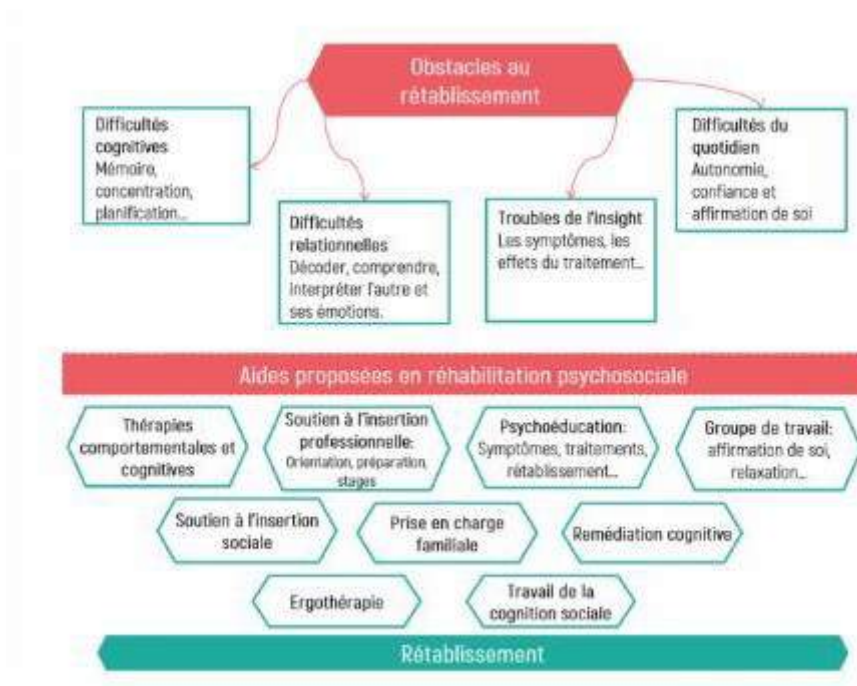


Schéma issu du site Centre ressource réhabilitation

https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psycho-sociale?debut_articles_rubrique=%407