



PROJET MÉDICO-SOIGNANT

du centre hospitalier de la
Fondation Bon Sauveur de la Manche



audacieuse pour mieux servir



sommaire

Préambule	3
Méthodologie d'élaboration du projet médico-soignant	4
14 étapes : du parcours de la personne dans les soins	7
7 axes stratégiques et 25 objectifs spécifiques.....	10
1- Optimiser les parcours de santé, de soins et de vie	11
2- Adapter notre offre et nos organisations ambulatoires aux évolutions de l'environnement	12
3- Adapter nos offres de soins aux populations spécifiques	13
4- Structurer et développer l'offre de soins de [ré]habilitation psychosociale du centre hospitalier	15
5- Soutenir les droits des patients et usagers	16
6- Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels	17
7- Contribuer à la promotion de la santé mentale	19
Le Schéma Directeur Immobilier	20
Et la suite	21
Annexes	22

Préambule

Les Fondations Bon Sauveur de Picauville et de Saint-Lô ont fusionné le 1er janvier 2017 pour donner naissance à la Fondation Bon Sauveur de la Manche. Chacune avant la fusion avait travaillé séparément un projet médical, mais tout en ayant abouti à un document unique. Une fusion d'hôpitaux est source de remaniements importants et de mise en place de nouvelles organisations. Ces impératifs incontournables n'ont pas permis de mettre en route toutes les actions envisagées dans le projet médical de 2016. Trois ans après la fusion, un nouvel équilibre institutionnel se mettant en place, il est apparu nécessaire d'actualiser le projet médical, mais qui est en fait devenu un nouveau projet, dénommé projet médico-soignant (PMS).

Préalablement à ce nouveau travail, il a fallu concevoir un projet opérationnel, avec des axes stratégiques en petit nombre, mais précis, et se déclinant en un nombre d'objectifs spécifiques limités et avec une approche transversale entre la psychiatrie générale, la pédopsychiatrie, l'addictologie et la médecine somatique. L'ensemble devant prendre la forme d'un document synthétique.

Les travaux d'élaboration du projet médico-soignant, dont la méthodologie sera exposée ci-après, se sont terminés en février 2020 et ont été poursuivis par un travail de synthèse et de rédaction qui a été brutalement ralenti par la pandémie due au coronavirus. Cet événement sanitaire gravissime devra être pris en compte dans la finalisation du projet médico-soignant, probablement en termes d'organisation, mais surtout doit permettre de diversifier l'offre de soins en psychiatrie en prenant en considération les adaptations et innovations qui ont émergé pendant les différentes phases de l'épidémie, grâce à l'inventivité et au dynamisme des équipes.

Un autre fait d'importance doit être pris en considération. L'annulation par le Conseil constitutionnel en juin 2020 de l'article 3222-5-1 du Code de la santé publique relatif à l'isolement, la contention et la tenue d'un registre assurant la traçabilité de ces mesures. L'obligation a été faite à la puissance publique d'élaborer de nouvelles dispositions législatives au 31 décembre 2020, qui ne manqueront pas d'avoir des répercussions sur la pratique soignante et administrative des hôpitaux.

L'état d'avancement du projet médico-soignant sera étudié à chaque fin d'année civile. Cette revue annuelle doit permettre des amendements en tenant compte des contingences impossibles à prendre en considération au moment de son élaboration et des appels à projets susceptibles d'être proposés par les autorités sanitaires et pouvant s'inclure de manière cohérente et opérationnelle avec le projet médico-soignant en cours. Les réformes du financement et des autorisations d'activité actuellement à l'étude au niveau national pourront impacter les évolutions de ce projet. Il faudra également tenir compte de la pénurie médicale, psychiatrique comme somatique, ainsi que paramédicale, et hiérarchiser les projets et les actions en fonction de leur degré d'urgence et de nécessité au regard des missions qui incombent à la psychiatrie. La pénurie soignante conjuguée avec l'émergence de nouveaux métiers amènera inévitablement à une évolution de la psychiatrie et conduira à de nouvelles manières de penser le soin et les organisations, dont les modalités de gouvernance.

Du projet médico-soignant doit découler le schéma directeur immobilier (SDI). Plusieurs unités datant des années 70 ne sont plus adaptées pour mener des soins de qualité. Dès le lancement du projet médico-soignant, un diagnostic immobilier a été établi. Une fois le projet médico-soignant bien avancé, les réflexions sur le schéma directeur immobilier ont été lancées afin d'engager rapidement les travaux urgents et de programmer les importantes transformations à réaliser à moyen et long terme. Ces nouvelles infrastructures compléteront celles déjà réalisées ces dernières années pour l'addictologie, la pédopsychiatrie ainsi que sur certaines structures ambulatoires de la psychiatrie adulte (CMP Les Pieux, La Haye), sans oublier un important projet de réhabilitation psychosociale, notamment sur le site de Picauville, pour accueillir une unité de long séjour dont l'ouverture est prévue en 2021.

Le projet médico-soignant doit être considéré comme une feuille de route, dessinant des perspectives larges que préciseront ensuite les projets de pôle. D'ailleurs, entre la fin des travaux collectifs d'élaboration du projet médico-soignant et sa rédaction se sont tenus des groupes de travail sur les projets des différents pôles, sans compter que des allers-retours nécessaires doivent avoir lieu entre projets de pôle et schéma directeur immobilier en fonction des travaux immobiliers techniquement réalisables et des coûts qu'ils engendreront.

Le travail institutionnel d'élaboration et de réflexion collective est finalement la part la plus importante d'un projet médico-soignant. Sa rédaction doit être considérée comme la retransmission de cette réflexion. Les axes qui le composent seront mis en œuvre, en tenant compte des opportunités et changements survenant dans l'environnement de l'établissement. L'imprévisibilité de notre époque et surtout le rythme accéléré contemporain nécessitent des adaptations incessantes où la souplesse n'a de rivale que l'inventivité.



Méthodologie d'élaboration du Projet Médico- Soignant



PMS
Projet Médico-Soignant
2021
2025

Le projet médico-soignant a été élaboré à partir d'une méthodologie permettant une expression élargie de la communauté hospitalière incluant notamment une participation active des représentants des usagers. Comme il a été dit en préambule, la démarche d'élaboration ayant un rôle majeur dans le contenu du document final, il convient d'en faire état.

1. Brainstorming en réunions de concertation de territoire (RCT)

Trois Réunions de Concertation de Territoire (RCT) se sont tenues pour élaborer les quatorze étapes susceptibles de survenir dans le parcours des personnes accueillies par le centre hospitalier de la Fondation. La RCT est une organisation propre à l'établissement et regroupe le Directeur du Centre Hospitalier, le Directeur Délégué aux Prises En Charge Sanitaires, le Président de CME, le Directeur de l'Offre et de l'Appui à la Performance, les Médecins chefs et Directeurs administratifs de pôles, et toute autre personne invitée en tant que de besoin par le Directeur du Centre Hospitalier.

Trois grandes questions sous-tendent la démarche d'actualisation du projet médico-soignant :

- Que souhaitent les usagers ?
- Qu'espèrent les professionnels ?
- Que veulent les pouvoirs publics ?

2. Séminaires

Objectifs de la démarche des séminaires : recueillir les attentes de professionnels, représentants d'usagers, partenaires. Co-construire le projet médico-soignant en s'assurant de sa cohérence avec les orientations locales, régionales et nationales.

Organisation : groupes de travail thématiques animés chacun par un binôme de professionnels. Définition d'objectifs stratégiques et renseignement de fiches projet.

Plus de **200** professionnels se sont mobilisés : **30** médecins et pharmaciens | **28** Psychologues | **58** Infirmiers.
 Les **représentants de familles et d'usagers** ont participé à chaque séminaire.

Séminaire 1

1 journée
Plénière à l'attention de l'ensemble de l'établissement

Restitution du diagnostic partagé
 Validation des axes stratégiques
 Méthodologie des séminaires suivants

Séminaire 2

3 journées
6 Groupes de travail restreints

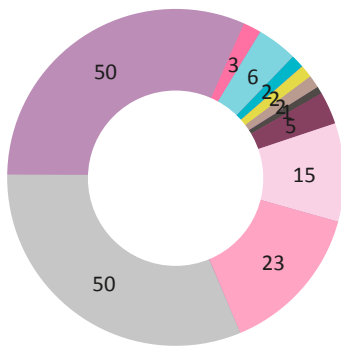
Formulation des forces, faiblesses, opportunités et risques en groupes de travail
 Restitution plénière

Séminaire 3

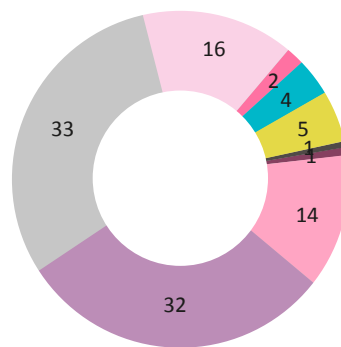
2 journées
Groupes de travail (jour 1)
Plénière (jour 2)

Formulation d'actions pour chaque objectif spécifique
 Tables rondes ouvertes aux partenaires extérieurs

Répartition par service

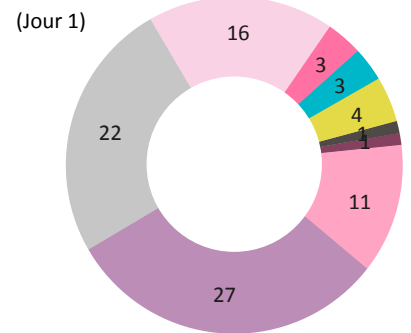


Dir. Centre Hospitalier
 Pôle psy. adulte Nord
 Dir. Ets MS



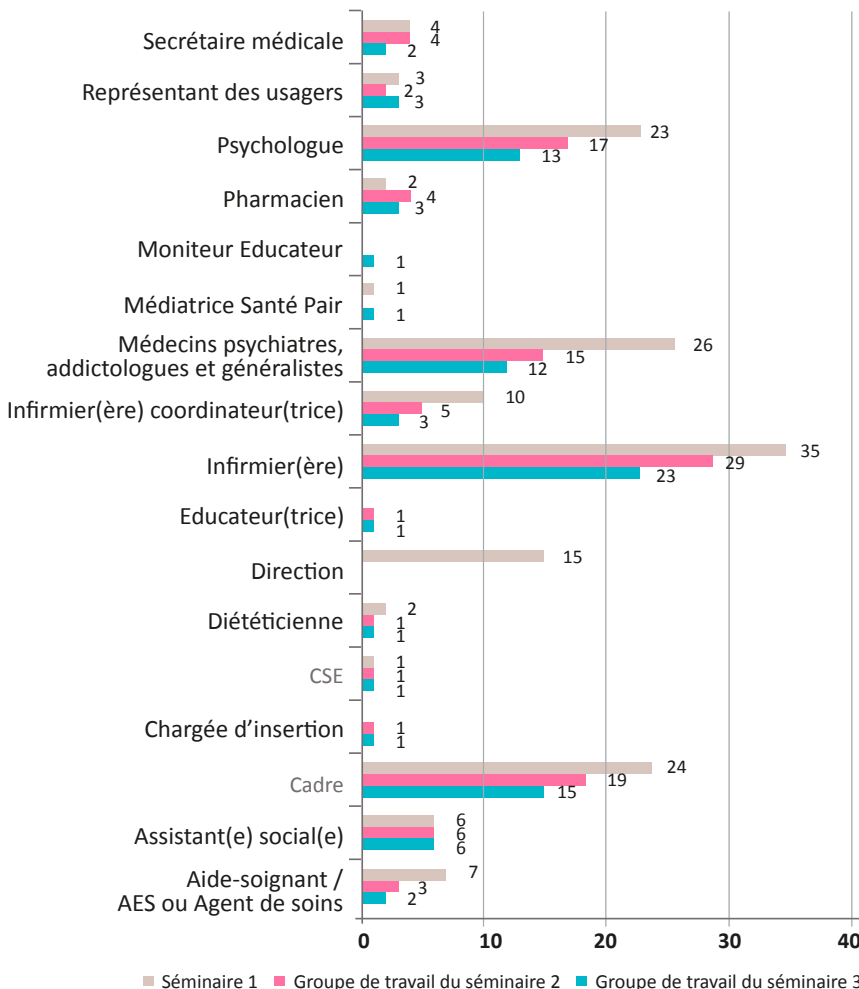
Pôle addictologie
 Usagers
 DRH

Groupes de travail



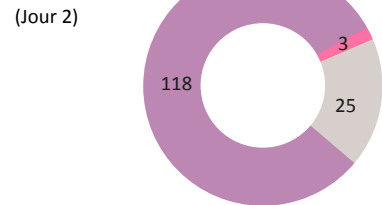
Pôle psy. adulte Centre
 PUI

Répartition par fonction



Séminaire 1 Groupes de travail du séminaire 2 Groupes de travail du séminaire 3

Journée de clôture Plénière



Professionnels FBSM
 Représentants des usagers
 Tutelles & partenaires

Partenaires ayant participé :

- > CHPC
- > CH Mémorial de SAINT-LÔ
- > CH de COUTANCES
- > CH Estran de PONTORSON
- > GH Le Havre
- > CH Le Rouvray
- > CHU Caen
- > CHU Lille
- > ARS Normandie
- > Conseil Départemental de la Manche
- > Advocacy
- > UNAFAM
- > AU FIL DE L'EAU
- > AAJD
- > ACAIS
- > ADSEAM



3. Analyse des productions des séminaires et cohérence avec les orientations du territoire

Analyse des productions

Un travail de synthèse a été réalisé pour chaque fiche projet issue des séminaires par le Groupe Projet. Des fusions ont été nécessaires afin de donner une cohérence aux fiches entre elles. Les binômes chargés d'animer les groupes de travail en séminaire ont été consultés à chaque étape pour l'ensemble des fiches.

Cohérence nationale et territoriale

Ce nouveau projet médico-soignant se veut cohérent avec les préoccupations des acteurs et usagers de la Manche. Les travaux réalisés ont donc été cadrés en cohérence avec les orientations territoriales suivantes :

Ma santé 2022 et la Feuille de route Santé mentale et psychiatrie

Les travaux de ce projet médico-soignant sont en prise directe avec les préoccupations nationales décrites dans la feuille de route en santé mentale et psychiatrie qui se résume en trois axes :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide.
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

PMS
Projet Médico-Soignant
2021
2025

Orientations de l'ARS Normandie

Pour chaque axe de ce projet médico-soignant, un travail de recueil a été réalisé au sein du projet régional de santé de l'ARS Normandie (schéma régional de santé et programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies [PRAPS]). Ainsi, les actions des fiches projets annexées au présent document sont-elles corrélées avec les priorités régionales de l'ARS Normandie. La corrélation entre les actions des fiches projet annexées au présent document et les priorités locales, régionales et nationales est mise en évidence dans le tableau de synthèse également annexé.

Cohérence avec le Projet Territorial de Santé Mentale de la Manche

La gouvernance dédiée à l'élaboration du PTSM s'est voulue participative au travers de 6 groupes de travail thématiques, d'un groupe projet pilotant les travaux, d'un comité de pilotage les validant. Le calendrier de la démarche comprenait 3 étapes auxquelles la Fondation a contribué :

- Le diagnostic territorial de santé mentale (juillet 2019).
- Le projet territorial de santé mentale (décembre 2019).
- La contractualisation avec l'ARS Normandie (décembre 2020).

4. Validation finale

Une validation des fiches projet a été sollicitée auprès du comité de pilotage dédié au projet médico-soignant, de la CME et du Conseil d'Administration. Une présentation a également été réalisée en Comité Social et Economique et en Commission des Usagers (CDU) pour information.

14 étapes...



...du parcours de la personne dans les soins

Le projet médical 2016-2020 de la Fondation Bon Sauveur de la Manche a la particularité d'avoir été élaboré sous l'impulsion des deux CME des Fondations Bon Sauveur de Saint-Lô et de Picauville avant leur fusion tout en aboutissant à une rédaction commune. Il s'agissait d'un exercice de style un peu atypique. Il était prévisible que sa mise en œuvre nécessiterait des ajustements une fois la fusion réalisée et un temps minimum de travail collectif. Ce temps est venu. Une actualisation du projet médical, cette fois menée par un seul hôpital s'impose.

Le projet médical 2016-2020, dénommé virage ambulatoire, confirmait l'activité essentiellement extrahospitalière, au sens d'en-dehors des murs de l'hôpital tout en étant rattaché à l'hôpital, mais était rédigé sur un mode assez « disciplinaire », en silo, inévitable dans la période de pré-fusion. Il se déclinait selon les principaux modes d'activité : psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, addictologie.

L'actualisation opte pour un affichage conjoint du projet médical et du projet de soins infirmiers, en le qualifiant de « médico-soignant » afin d'associer plus largement tous les personnels soignants de l'hôpital.

Une approche différente, plus transversale que la déclinaison en silo du projet antérieur (qui reste opérationnel dans ses grandes lignes), a été proposée. Dans les réflexions sur l'organisation des soins, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques, deux « concepts » sont en vogue : le parcours de soins et la territorialisation.

Pour celui-ci, pas de surprise pour la psychiatrie, la territorialisation recouvre une partie de la notion de secteur, c'est-à-dire des soins de proximité, surtout de premier recours, mais aussi l'intersectorialité avec des soins plus spécialisés, demandant une mutualisation des moyens et à recourir à des compétences plus spécifiques.

Celui-là est plus étrange : on n'a jamais vu des soins faire un parcours. Il serait plus judicieux de parler de parcours de la personne dans les soins. Quel parcours souhaite-t-elle dans les soins ? Le parcours de soins, sous cette formulation, peut recouvrir le plan de notre ancien projet médical. Penser le parcours de la personne dans le soin nous oblige à imaginer ce qu'elle souhaite en attendant la phase suivante où elle s'exprimera plus ouvertement. La demande croissante faite par elle à la psychiatrie permet d'envisager que ce temps viendra, qu'il n'y aura plus la réticence, voire la « honte » actuelle à recourir au système de soins psychiatrique. Il nous faudra tout au long de cette période transitoire, que l'on peut espérer de courte durée, associer les personnes concernées à l'élaboration de l'actualisation du projet médico-soignant.

Le parcours de la personne dans le système de soins psychiatriques, pédopsychiatriques et addictologiques



8. Étapes au programme diversifié somatique et psychiatrique

La prise en charge globale d'un patient nécessite une attention toute particulière à son état de santé physique et de renforcer les collaborations étroites avec les médecins généralistes et spécialistes libéraux. L'implantation des centres médico-psychologiques dans des maisons de santé permet une proximité de travail et d'échanges avec médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. Cette démarche est engagée depuis plusieurs années par l'hôpital qui a l'intention de poursuivre ces collaborations. En intra hospitalier, le développement d'un service de médecine générale est un axe fort de la politique médicale de la Fondation Bon Sauveur. Pour les parcours complexes, le partenariat avec le CHU de Caen est d'une aide certaine.

8

9. Étapes partagées

Les étapes précédentes incluent tous les modes d'exercice : psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, addictologie, mais certaines étapes peuvent être « suprafrontalières » avec des échanges cliniques entre pôles, notamment pour traiter les comorbidités. Le recours aux infirmiers de pratique avancée (IPA) ou aux case managers (professionnels optimisant les coordinations) peut faciliter l'accompagnement des parcours complexes.

9

11. Étapes complexes et de planification du parcours

Certaines situations cliniques sont complexes, et nécessitent des analyses de situations entre plusieurs professionnels, et peuvent être soumises au comité d'aide à la réflexion éthique (CARE) de la Fondation. Mais les analyses collectives ne se limitent pas aux situations complexes, mais relèvent d'une activité quotidienne pour étudier les situations cliniques ou la vie de l'institution.

11

10. Étape de remise en forme

Il s'agit essentiellement des missions de réhabilitation, de rétablissement, et d'autonomisation notamment pour les personnes ayant eu à cause de la maladie, une perte de contact avec le milieu ordinaire. De nouvelles professions sont aussi utiles dans ces parcours comme les pairs-aidants sans oublier le rôle majeur des assistants sociaux.

10

12. Étapes à rechercher pour diversifier le parcours de la personne dans les soins et innover

L'innovation et l'amélioration des pratiques nécessitent de larges partenariats, comme par exemple la participation au Groupement de coopération sanitaire pour la recherche et la formation en santé mentale. Les remarques des usagers, de leur entourage, et des associations sont précieuses et trouvent un moment d'échange collectif intéressant dans la commission des usagers (CDU). L'éducation à la santé, thérapeutique ou psychoéducation sont au service de l'amélioration du soin et de leur appropriation par les patients. Les pairs-aidants pourront y trouver une place importante.

12

13

13. Étapes dans la cité

Elles concernent toutes les actions non spécifiquement soignantes, les interfaces avec les diverses composantes de la société : Éducation nationale, Justice, Aide sociale à l'enfance (ASE), Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Agence régionale de santé (ARS), Assurance Maladie, institutions médico-sociales, etc. Ce travail s'appuie sur le projet territorial de santé mentale (PTSM) qui a réuni tous ces acteurs et permet d'envisager des actions communes qui se déclineront notamment dans les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).

► L'entrée dans les soins peut se faire de différentes manières, avec des étapes diversifiées qu'il faudra aménager, interroger, voire évaluer.

► Les étapes du schéma concernent la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et l'addictologie, chacune en fonction de ses spécificités.

14. Étapes et leurs « qualités »

Enfin tout ce travail est optimisé par le service d'appui méthodologique (SAM), ex service qualité. Au service de tous les professionnels de l'hôpital et qui fournit un appui stratégique conséquent aux différentes instances de l'hôpital.

14



7

axes
stratégiques

&

25

objectifs
spécifiques

Les travaux du PMS ont dégagé 7 axes stratégiques et 25 objectifs spécifiques. Ces objectifs sont détaillés dans des fiches dédiées reproduites dans les annexes.



- 1-** Optimiser les parcours de santé, de soins de vie
- 2-** Adapter notre offre et nos organisations ambulatoires aux évolutions de l'environnement
- 3-** Adapter nos offres de soins aux populations spécifiques
- 4-** Structurer et développer l'offre de soins de [ré]habilitation psychosociale du centre hospitalier
- 5-** Soutenir les droits des patients et usagers
- 6-** Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels
- 7-** Contribuer à la promotion de la santé mentale

1

Optimiser les parcours de santé, de soins et de vie



En étant le premier axe stratégique, le parcours des patients dans les soins montre toute l'importance que la Fondation Bon Sauveur de la Manche accorde à l'organisation des soins tout en cherchant à en améliorer l'efficacité et la lisibilité. Étant donné les moyens déjà mis en place au fil du temps, la notion d'optimisation est à souligner, afin de fluidifier l'accès aux soins et d'offrir des réponses rapides dès que nécessaire.

Les actions conduiront à définir précisément le capacitaire optimal pour l'ensemble de l'hôpital et à améliorer l'accueil hôtelier dans les unités d'hospitalisation temps plein. La mutualisation de locaux pour les activités médiatisées permettra d'élargir l'offre thérapeutique à un public plus large. L'ouverture d'une nouvelle unité d'hospitalisation de courte durée sur le pôle de psychiatrie adulte Nord afin d'améliorer l'évaluation, l'orientation, et de favoriser les soins à domicile, est attendue. L'optimisation et la gestion des lits, le développement des offres de soins déjà présentes comme la réhabilitation psychosociale, la poursuite des modalités de réponses rapides en addictologie et pour les adolescents, sont programmés.

L'ensemble de ces actions sera amplifié par un renforcement des liens institutionnels avec les professionnels des services d'urgences des centres hospitaliers généraux et les professionnels de santé libéraux. Le recours à des infirmiers de coordination de parcours au niveau des centres médico-psychologiques sera à déployer en fonction des contextes et des organisations locales. L'analyse des situations cliniques complexes, déjà instaurée, devra se développer.

Enfin, l'offre de soins somatiques va poursuivre son envol, malgré les difficultés de recrutement de médecins généralistes, car la prise en charge somatique ne peut être dissociée de l'offre de soins psychiatriques. Des organisations innovantes sont nécessaires pour s'adapter à la pénurie médicale libérale.

LES FICHES PROJET DE L'AXE 1



- 1.1** - Optimiser la gestion des soins non programmés
- 1.2** - Renforcer la coordination en interne et avec l'externe
- 1.3** - Améliorer la prise en charge somatique
- 1.4** - Piloter le capacitaire en ambulatoire, hospitalier, et réhabilitation psychosociale

2

Adapter notre offre et nos organisations ambulatoires aux évolutions de l'environnement



Densité médicale

(Médecins Psychiatres)

Une densité médicale presque moitié moins importante dans la Manche que sur l'ensemble du territoire français malgré une légère hausse ces dernières années.

NB : plus de la moitié des psychiatres manchois ont plus de 55 ans en 2019.

	Nombre de psychiatres (salariés ou libéraux)		Evolution en %	Densité de psychiatres (pour 100 000 habitants)	
	2014	2019	2014-2019	2014	2019
Calvados	136	147	+ 8,09	19,7	21,2
Eure	61	70	+ 14,75	10,2	11,6
Manche	58	60	+ 3,45	11,6	12
Orne	30	29	- 3,33	10,4	10,2
Seine-Maritime	213	223	+ 4,69	16,9	17,8
Normandie	498	529	+ 6,22	14,9	15,9
France hexagonale	14 203	14 528	+ 2,29	22,2	22,5

Source ARS Normandie / RPPS

Le deuxième axe stratégique, tout aussi important que le premier, concerne les soins ambulatoires qui sont largement majoritaires en psychiatrie, en addictologie et surtout en pédopsychiatrie.

L'enjeu de la psychiatrie est de répondre aux nombreuses demandes, d'autant plus que l'accès à la psychiatrie devient de moins en moins difficile et que la très faible présence de l'offre libérale sur notre territoire en psychiatres, psychologues, orthophonistes ou psychomotriciens conduit la population à s'adresser directement à nos dispositifs.

Face à l'inflation du nombre de demandes, il faut adapter nos prestations aux besoins locaux, voire micro-locaux, car les demandes et les réponses à apporter peuvent varier selon la situation citadine ou rurale, tout en tenant compte des modalités de déplacement sur le territoire et en réorientant certains dispositifs comme les hôpitaux de jour, qui outre leur fonction thérapeutique, pourraient se doter d'une fonction diagnostique. Les horaires d'ouverture des structures ambulatoires peuvent se moduler en fonction des modes de vie locaux. Le renforcement des soins à domicile s'avère pertinent selon des indications bien posées et l'avis du patient et de son entourage.

Les dispositifs existants doivent pouvoir évoluer en fonction des besoins et des compétences des professionnels et en tenant compte des prestations offertes par nos partenaires afin d'éviter des doublons et de pallier les manques.

Enfin, même si l'accessibilité à la psychiatrie devient plus aisée, il persiste des représentations sociales négatives qui en limitent l'accès. Travailler continuellement à la lisibilité de notre offre et à l'amélioration de l'accueil, notamment téléphonique, est indispensable aussi bien pour les patients que pour les autres professionnels de santé, comme les médecins généralistes.

LES FICHES PROJET DE L'AXE 2



2.1 - Soutenir une réponse graduée face à des demandes variées en ambulatoire

2.2 - Améliorer la qualité de l'accueil en ambulatoire

3

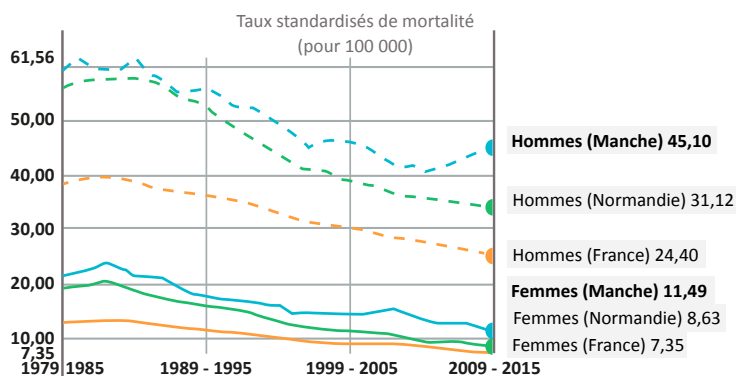
Adapter nos offres de soins aux populations spécifiques



Dans un souci de cohérence avec les orientations des politiques publiques, cet axe est structuré en publics avec spécificités. Il est important de préciser cependant que l'approche globale de la personne et du soin a guidé les travaux d'élaboration de ce PMS.

Mortalité par suicide

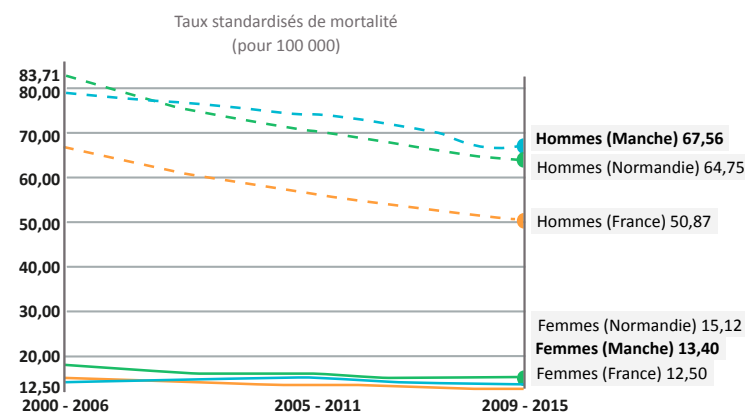
Un taux de mortalité par suicide départemental supérieur à celui constaté dans le reste de la Normandie et de la France. Des populations en difficulté mais un taux de mortalité dont la tendance globale est à la baisse.



Source : Cabinet AGIT, Février 2019

Mortalité par alcool

Dans la Manche, un taux de mortalité lié à l'alcool chez les hommes, supérieur à celui constaté dans le reste de la Normandie et de la France.



Source : Cabinet AGIT, Février 2019

L'offre de soins de la Fondation Bon Sauveur de la Manche, tout en étant généraliste et souhaitant le rester, s'adapte à des contextes qui peuvent paraître spécifiques. Dans cet axe, il s'agit surtout de souligner certaines situations, qui du fait de caractéristiques cliniques, du lieu où elles surviennent ou des partenariats qu'elles induisent, nécessitent des ajustements, tout en bénéficiant des offres structurelles généralistes existantes.

La Fondation Bon Sauveur de la Manche est dotée de longue date d'une offre de soins pour personnes souffrant de troubles addictifs, avec un pôle d'addictologie proposant des soins de cure et ambulatoires. Le pôle d'addictologie poursuit son développement en articulation avec les secteurs de psychiatrie afin de prendre en charge de manière optimale les comorbidités. L'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) va également amplifier le développement de son activité. Le travail en réseau dans le domaine des troubles des conduites alimentaires (TCA) doit également se développer.

La clinique des patients suicidants, déjà bien développée, continuera et renforcera ses actions en cours, comme il en est du psychotraumatisme que l'on rencontre dans de nombreuses prises en charge de psychiatrie généraliste. Depuis plusieurs mois, l'établissement a élaboré un projet pour l'hospitalisation des personnes mineures, de courte durée. Il s'agit d'une préoccupation nationale, qu'il convient de mener rapidement à terme, en collaboration incontournable avec le secteur médico-social.

L'offre de soins gérontopsychiatriques doit s'adapter au vieillissement de la population et permettre une réponse aux demandes en fonction des moyens dont l'hôpital dispose tout en s'appuyant sur les compétences gériatriques nécessaires. Les réorientations de l'offre de soins actuelle s'ajusteront aux besoins et aux moyens disponibles au sein de l'établissement et sur le territoire.

Deux maisons d'arrêt (vétustes) et de dimension modeste sont implantées sur le territoire de l'hôpital. Les soins psychiatriques y sont assurés, mais il reste à y développer l'offre addictologique. La demande de soins aux personnes sous main de justice est importante en milieu ouvert, sous la forme des obligations et des injonctions de soins. Elle nécessite que des offres de soins de proximité leur soient proposées avec des équipes sensibilisées à ces approches spécifiques qui requièrent un travail partenarial avec la Justice tout en respectant le secret médical. Il convient également de s'assurer que les indications médicales des soins pénalement ordonnés soient correctement établies à l'issue d'une évaluation rigoureuse. Le projet médico-soignant prévoit la définition d'une politique dédiée aux personnes sous main de justice pour renforcer la réflexion au service d'une meilleure prise en charge de ce public spécifique.

Même si l'activité reste marginale et délicate, l'établissement œuvre dès que nécessaire avec les organismes qui s'occupent des personnes migrantes, ainsi qu'avec ceux qui interviennent dans le champ de la précarité et de l'exclusion.

La finalisation du projet dédié aux personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme est fortement attendue. L'importance depuis des années de la question des troubles autistiques nécessite la concrétisation rapide de ce projet d'accompagnement et de soins mené conjointement avec la Direction des Établissements médico-sociaux afin de garantir à ces personnes une réponse adaptée aux besoins spécifiques de cette population.

LES FICHES PROJET DE L'AXE 3



- 3.1 - Public souffrant de troubles addictifs**
- 3.2 - Renforcer la clinique des patients suicidants**
- 3.3 - Adapter les dispositifs d'accueil pour adolescents d'ici 3 ans**
- 3.4 - Personnes âgées**
- 3.5 - Coordonner la prise en charge des personnes placées sous main de justice (PPSMJ)**
- 3.6 - Accueil des personnes avec psychotraumatisme**
- 3.7 - Participer aux dispositifs pour réfugiés et migrants**
- 3.8 - Articuler les dispositifs sanitaires dans le cadre de la filière TSA**

4

Structurer et développer l'offre de soins de [ré]habilitation psychosociale du centre hospitalier



La réhabilitation psychosociale est consubstantielle à la psychiatrie, surtout depuis la création de la sectorisation en 1960, mais sa pratique doit s'ajuster à l'évolution des connaissances et des nouveaux outils thérapeutiques en partenariat avec les secteurs médico-social et social. La réhabilitation psychosociale est un domaine du soin qui se caractérise par la transversalité de l'offre de soins et du parcours diversifié de certains usagers.

Le domaine de la réhabilitation psychosociale est particulièrement concerné par les nouveaux métiers (médiateur de santé pair, case manager) que l'hôpital devra intégrer progressivement dans une démarche institutionnelle élargie et concertée afin d'en saisir tous les enjeux et d'en permettre la réussite et l'appropriation aussi bien par les professionnels que par les usagers, sans oublier la place importante et historique, des associations.

Pour permettre le déploiement de la réhabilitation psychosociale, l'hôpital devra définir les modalités de sa gouvernance, probablement en s'orientant vers la création d'un pôle de réhabilitation psychosociale, et mettre en place un accompagnement par la formation de ses professionnels.

La graphie [ré] habilitation se réfère au secteur pédopsychiatrique qui est concerné par l'habilitation plus que par la réhabilitation. Une politique dédiée à la [ré]habilitation psychosociale sera élaborée dans le cadre du projet médico-soignant afin que cette approche du parcours des personnes soit plus lisible et privilégiée par les professionnels en coordination avec les partenaires du territoire.

LES FICHES PROJET DE L'AXE 4



4.1 - Définir la gouvernance de la [ré]habilitation psychosociale

4.2 - Définir les perspectives de développement de l'offre de soins en [ré]habilitation psychosociale du CHS

5

Soutenir les droits des patients et usagers



Les droits des patients sont un axe important qui recouvre des questions pratiques, juridiques, philosophiques et éthiques particulièrement complexes et qui nécessitent des formations permanentes, tenant compte des évolutions légales ou jurisprudentielles, aussi bien pour les professionnels soignants qu'administratifs. Une politique dédiée aux droits des patients sera élaborée dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Favoriser les soins libres est un objectif permanent. Mais très souvent les soins sans consentement s'initient en dehors de l'hôpital. Ils sont très dépendants de l'atmosphère sécuritaire de la société. Diminuer les soins sans consentement est non seulement un souhait pour les patients, mais il permet aux soignants un travail plus gratifiant, moins sécuritaire tout comme pour le personnel administratif. La décharge des tâches administratives liées au formalisme lourd des soins sans consentement permet de se recentrer sur des activités plus proches du soin. La contrainte exercée par les programmes de soins prescrits à la suite d'un temps d'hospitalisation en soins sans consentement devra être évaluée finement, ainsi que la pertinence de leurs indications.

La question de l'isolement et de la contention amène le même type de réflexion notamment sur leur diminution. Réflexion qui devra prendre en compte les modifications législatives votées fin 2020 suite à la décision du Conseil constitutionnel souhaitant un contrôle juridique des mesures d'isolement et de contention et une limitation de leur durée.

La promotion des droits des usagers et des patients ne peut se limiter à la problématique de la réduction des soins sans consentement et des pratiques de dernier recours. L'enjeu est de favoriser la capacité du « pouvoir d'agir » des patients et de leur entourage dans le cadre de leur parcours de soins et de vie.

L'ensemble de ces actions est à mettre en relation avec une prise en compte raisonnée, et conforme aux réalités cliniques, de la capacité d'autonomie des patients, notamment les plus lourdement handicapés.

LES FICHES PROJET DE L'AXE 5



5.1 - Favoriser les soins libres pour diminuer le nombre d'hospitalisations en soins sans consentement

5.2 - S'assurer de la pertinence clinique du recours aux pratiques d'isolement et contention et en poursuivre la dynamique de diminution (notamment pour la contention)

5.3 - Promouvoir la capacité de décider et d'agir des usagers et de l'entourage

6

Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels



Recherche

La psychiatrie souffre d'une image peu attractive et éprouve des difficultés à attirer les jeunes praticiens, comme le montrent souvent les choix de spécialités par les internes.

Engager l'hôpital dans une démarche de recherche régionale avec les autres établissements publics de santé mentale de la région Normandie, dont les CHU de Caen et de Rouen, doit permettre de développer une activité de recherche qui peut attirer de nombreux professionnels notamment les psychiatres, les psychologues et les infirmiers.

En outre, la recherche appliquée aura des répercussions sur la qualité des soins proposés aux patients. Le travail de recherche, en se mettant en lien avec d'autres établissements, permet d'affiner le travail de réseau, de mieux connaître les offres et les compétences de chacun de ses membres et d'en faire bénéficier aussi bien les patients que les professionnels.

Un début de travail sur la pharmacogénétique (génotypage) avec le CHU de Rouen en est une première illustration et les démarches engagées pour réfléchir à une Fédération de recherche régionale sont prometteuses et à soutenir, comme il convient de poursuivre la participation de la Fondation Bon Sauveur de la Manche aux programmes de recherche-action du GCS RFSM (Groupement de coopération sanitaire pour la recherche et la formation en santé mentale).

Pour soutenir la recherche et contribuer à l'évolution des pratiques, le centre hospitalier devra se munir d'un département dédié à la recherche à l'échelle de la Fondation. Cette instance assurera l'organisation de ces travaux et facilitera les relations avec les établissements sanitaires, médico-sociaux, organismes de recherche et toute autre organisation susceptible d'alimenter ses réflexions. S'inspirer de l'expérience des organisations extérieures et coopérer avec le territoire constituent les prérequis incontournables à une évolution des pratiques en interne, au service et à l'écoute des besoins des usagers.

Formation

Toujours dans une logique d'ouverture sur l'extérieur, les immersions seront encouragées sur des sujets spécifiques tels que les nouveaux métiers. Une attention particulière sera accordée aux besoins de formation identifiés dans ce projet médico-soignant, notamment à ceux concernant la [ré]habilitation psychosociale.

Psychothérapie institutionnelle

La psychothérapie institutionnelle a été le seul thème commun à chacun des groupes de travail du PMS, afin d'être transversal et partagé par tous. La psychothérapie institutionnelle aux intentions désaliénantes (aliénations psychologique et sociale) concerne l'ensemble de l'établissement, intra et extra-hospitalier, considéré comme une institution qui soigne, mais qui peut aussi souffrir. La dynamique de l'hôpital, ce que chacun ressent, éprouve et projette dans son activité soignante ou administrative et ce qu'en retour les usagers vivent (mécanismes transférentiels) nécessitent une réflexion constante et circulaire. L'acuité de cette réflexion et son élaboration permanente en prenant dialectiquement en considération aussi bien le fonctionnement interne de l'institution que les injonctions sociétales induisent une praxis institutionnelle propice à la qualité des soins.

LES FICHES PROJET DE L'AXE 6



- 6.1** - Structurer et développer la politique de recherche
- 6.2** - Adapter le plan de formation de l'établissement aux priorités stratégiques du projet médico-soignant
- 6.3** - Renforcer la psychothérapie institutionnelle
- 6.4** - Expérimenter/Développer des organisations innovantes

7

Contribuer à la promotion de la santé mentale



Le mot important dans cet objectif est « Contribuer ». La santé mentale est un concept large, complexe, parfois contesté, mais auquel doit s'intéresser et s'impliquer l'ensemble de la société.

La psychiatrie est concernée par la santé mentale, mais dans une dimension modeste. Elle peut être présente là où on la sollicite, mais ne doit pas s'imposer.

Les actions possibles peuvent se présenter sous différentes formes : stages de découverte professionnelle, soirées d'information, sensibilisation des élus et du grand public, serious game en lien avec la santé mentale, organisation d'événements culturels, etc.

Le centre hospitalier continuera à s'impliquer dans la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) et dans les conseils locaux de santé mentale (CLSM) en contribuant notamment à leur mise en place dans chaque contrat local de santé.

Habitué à leur implantation au sein de la cité, les centres médico-psychologiques continueront leur rapprochement avec les autres disciplines médicales et paramédicales en s'implantant dès que, l'opportunité se présentera, au sein des pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA), favorisant ainsi une accessibilité plus directe à la psychiatrie et contribuant à sa déstigmatisation.

LES FICHES PROJET DE L'AXE 7



7.1 - S'impliquer dans les SISM et CLSM et contribuer à la mise en place d'un CLSM dans chaque CLS

7.2 - Renforcer les liens des CMP avec le territoire



LE SCHÉMA DIRECTEUR IMMOBILIER

Le Schéma Directeur Immobilier (SDI) est un outil qui permet de fixer le cap des futurs programmes immobiliers pour le Centre Hospitalier Spécialisé de la Fondation Bon Sauveur de la Manche.

En premier lieu, il traduit le Projet Institutionnel de la Fondation et le Projet Médico-Soignant du Centre Hospitalier en une réponse architecturale et immobilière, afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population. Au-delà, le Schéma Directeur Immobilier accompagne une réflexion prospective à l'horizon de 15-20 ans quant à l'aménagement de nos sites. Enfin, le SDI est un outil de planification des travaux à conduire, dans un budget et un calendrier maîtrisés.

Une logique par site

Le PMS sera décliné au sein des pôles, le SDI quant à lui est pensé à l'échelle d'un site géographique, au service de l'ensemble du centre hospitalier. Pour chaque site, la réflexion est menée de manière transversale pour toutes les activités du site : unités relevant de nos activités sanitaires (psychiatrie adulte, pédopsychiatrie et addictologie), activités médico-sociales, mais aussi des activités de soutien telles que les ateliers techniques, les lieux de stockage, etc. Il s'agit donc là d'un exercice de macro-dimensionnement de nos besoins immobiliers cibles pour le sanitaire, tout en étant vigilant à préserver des espaces pour un fonctionnement cohérent des activités à l'échelle d'un site.

Le contexte dicte les premières priorités institutionnelles

La Fondation Bon Sauveur de la Manche a beaucoup investi les années passées sur le virage ambulatoire. Désormais, un grand coup d'accélérateur est à mettre sur les lieux d'hébergement du sanitaire, afin d'apporter à nos patients une amélioration du confort hôtelier, et à nos professionnels de santé un outil de travail modernisé. Notre institution a défini 3 sites prioritaires : La Glacière, Saint-Lô, Picauville. Il s'agit de définir pour chacun la meilleure implantation et le capacitaire des unités actuelles ou à venir. Les sites de Valognes sont également à l'étude, notamment dans le cadre des réflexions du PMS sur la prise en charge en gérontopsychiatrie.

Quant aux autres sites périphériques, le fait qu'ils ne soient pas priorisés au sein du SDI n'induit pas qu'ils ne font pas l'objet de programmes immobiliers. Au contraire, des opérations sont déjà lancées pour le regroupement des hôpitaux de jour de Coutances, ou encore pour le déménagement du CMP de psychiatrie adulte de Cherbourg-en-Cotentin vers l'Amont Quentin.

Le SDI fixe un cap, tout en étant évolutif

Le SDI se veut un outil de planification des travaux à conduire, définis au sein de tranches sécables les unes par rapport aux autres. De fait, il est également un outil de planification financière, en lien avec notre Plan Pluriannuel d'Investissement. Des revues annuelles du SDI permettront de prendre en compte les amendements du PMS et les évolutions de notre environnement.

Les travaux de réflexion ont été lancés le 7 juillet 2020

Les travaux de réflexion ont été lancés le 7 juillet 2020, avec la Direction Générale, les chefferies médicales et directions de pôle et la PUI, en parallèle de la finalisation du Projet Médico-Soignant 2021-2025.

Les travaux se poursuivent sur la fin d'année 2020 et le début de l'année 2021 en groupes de travail. L'objectif est d'étudier un à deux scénarios par site et d'acter le scénario préférentiel pour chacun. Une consultation élargie auprès des professionnels est prévue.

A partir de 2021, le Schéma Directeur Immobilier sera décliné par la Direction du Centre Hospitalier et des Grands Travaux afin d'engager les opérations immobilières prioritaires.

ET LA SUITE ...



Décliner

Le Projet Médico-Soignant fera l'objet d'une **déclinaison au sein de chacun de nos Pôles**. Deux niveaux de déclinaison peuvent être distingués a priori :

- Les **thématiques transverses à plusieurs pôles** feront l'objet d'un amorçage et d'une coordination au niveau de la gouvernance du Centre Hospitalier (Présidence de CME, Direction du CH, Direction déléguée aux prises en charge sanitaires, avec le soutien de la Direction de l'Offre et de l'Appui à la Performance) ;
- Les **thématiques spécifiques à un pôle** seront confiées à la Chefferie Médicale et à la Direction Administrative du dit pôle. La gouvernance du pôle aura pour mission de proposer et de mettre en œuvre des réponses concrètes aux fiches projet du PMS. Courant 2020, les équipes du centre hospitalier ont d'ores et déjà anticipé la déclinaison du PMS au sein des pôles. Des groupes de travail thématiques ont été engagés par les chefferies médicales et directions de pôle de deux de nos quatre pôles, et les groupes de travail sur le Schéma Directeur Immobilier se poursuivent pour nos quatre pôles.

Cadencer

Dès les premières semaines de l'année 2021, il s'agira de construire la **feuille de route 2021-2025** de la déclinaison du PMS. **Des priorités seront actées pour chacun des 10 semestres à venir**. Ces thématiques seront pilotées en s'inscrivant en tant que de besoin dans les **instances de pilotage d'ores et déjà existantes**, qu'elles soient spécifiques à un pôle ou transverses : conseils de pôle, bureaux de pôle, CME et ses sous-commissions, Comité de Direction du Centre Hospitalier (CODIRES), Réunion de Concertation de Territoire (RCT) réunissant tous les pôles. **Des formats de pilotage ad hoc** pourront également être mis en œuvre.

Evaluer et ajuster

L'évaluation de la déclinaison du PMS reposera sur les indicateurs de pilotage des 25 fiches projet. Un temps fort annuel sera organisé, afin de faire le bilan de l'année écoulée et permettre des ajustements pour les semestres à venir. Ces ajustements pourront concerner le calendrier cible, le contenu des fiches projet, les modalités de pilotage, etc. Il s'agit là d'adopter une démarche agile afin de nous adapter aux évolutions de notre organisation interne et de notre environnement externe (réformes, démographie médicale et paramédicale, etc.).

PMS
Projet Médico-Soignant
2021
2025

Annexes



Axes stratégiques et objectifs spécifiques :

- 1. Optimiser les parcours de santé, de soin et de vie**
 - 1.1 Optimiser la gestion des soins non programmés**
 - 1.2 Renforcer la coordination en interne et avec l'externe**
 - 1.3 Améliorer la prise en charge somatique**
 - 1.4 Piloter le capacitaire en ambulatoire, hospitalier, et [ré]habilitation Psychosociale**

- 2. Adapter notre offre et nos organisations ambulatoires aux évolutions de l'environnement**
 - 2.1 Soutenir une réponse graduée face à des demandes variées en ambulatoire**
 - 2.2 Améliorer la qualité de l'accueil en ambulatoire**

- 3. Adapter nos offres de soins aux populations spécifiques**
 - 3.1 Public souffrant de troubles addictifs**
 - 3.2 Renforcer la clinique des patients suicidants**
 - 3.3 Adapter les dispositifs d'accueil pour adolescents d'ici 3 ans**
 - 3.4 Personnes âgées**
 - 3.5 Coordonner la prise en charge des personnes placées sous main de justice (PPSMJ)**
 - 3.6 Accueil des personnes avec psychotraumatisme**
 - 3.7 Participer aux dispositifs pour réfugiés et migrants**
 - 3.8 Articuler les dispositifs sanitaires dans le cadre de la filière TSA**

- 4. Structurer et développer l'offre de soins de [ré]habilitation psychosociale du centre hospitalier**
 - 4.1 Définir la gouvernance de la [ré]habilitation Psychosociale**
 - 4.2 Définir les perspectives de développement de l'offre de soins en [ré]habilitation Psychosociale du CHS**

- 5. Soutenir les droits des patients et usagers
 - 5.1 Favoriser les soins libres pour diminuer le nombre d'hospitalisations en soins sans consentement
 - 5.2 S'assurer de la pertinence clinique du recours aux pratiques d'isolement et de contention et en poursuivre la dynamique de diminution (notamment pour la contention).
 - 5.3 Promouvoir la capacité de décider et d'agir des usagers et de l'entourage

- 6. Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels
 - 6.1 Structurer et développer la politique de recherche
 - 6.2 Adapter le plan de formation de l'établissement aux priorités stratégiques du projet médico-soignant
 - 6.3 Renforcer la psychothérapie institutionnelle
 - 6.4 Expérimenter / Développer des organisations innovantes

- 7. Contribuer à la promotion de la santé mentale
 - 7.1 S'impliquer dans les SISM et CLSM et contribuer à la mise en place d'un CLSM dans chaque CLS
 - 7.2 Renforcer les liens des CMP avec le territoire

Politiques publiques en psychiatrie et santé mentale

Ce document synthétise les liens entre les politiques publiques nationales et territoriales et les fiches projet.



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Parcours		
1.1.1	Créer 8 places d'UEO sur le Pôle Nord avec l'organisation des soins renforcés à domicile en proximité.	<ul style="list-style-type: none"> > Feuille de route psychiatrie et santé mentale (FdR SM) (action 9) > Projet territorial de santé mentale (PTSM) Action 131
1.1.2	Adosser l'organisation des soins renforcés à domicile Centre à l'UAEO Centre.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 9) > PTSM Action 131
1.1.3	Travailler les alternatives à l'hospitalisation dès la porte d'entrée : > Prévoir une rencontre avec le Président de CME de La Chartreuse de Dijon.	
1.1.4	Piloter la filière des soins non programmés (Antennes d'urgences-UAEO-soins renforcés médicalisés) : > En priorisant l'affectation des ressources médicales et soignantes. > En affectant à chaque U(A)EO de pôle un binôme médecin- cadre. > En y affectant un temps de secrétariat dédié.	<ul style="list-style-type: none"> > PTSM Action 131
1.1.5	Structurer et formaliser le parcours de soins du patient (primo-accédant, patient déjà suivi) à l'aide des chemins cliniques (diagnostic / thérapeutique), avec des portes d'entrées identifiées.	<ul style="list-style-type: none"> > Schéma régional de santé (SRS) (obj. 17) > PTSM Action 131
1.1.6	Structurer la gestion des soins non programmés pour adolescents en situation de crise : > Création d'un dispositif d'accueil temps plein, modulaire, à SAINT-LÔ, adossé à une unité de psychiatrie pour adultes. > En proximité d'une unité médico-sociale renforcée (<i>projet UMSR de l'AAJD</i>). > En complémentarité avec les autres acteurs du parcours ados (pédiatrie, psychiatrie, médico-social et social).	<ul style="list-style-type: none"> > SRS (obj. 17) > PTSM Actions 123, 141, 142, 143, 144
1.1.7	Renforcer le lien institutionnel avec les professionnels des services d'urgences des hôpitaux généraux en organisant annuellement : > Des revues des conventions liant nos établissements. > Des rencontres thématiques au choix des acteurs.	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 1.3 « Améliorer la prise en charge somatique »
1.1.8	Programmer une réunion de coordination mensuelle entre les pôles de psychiatrie adulte. Réinterroger les canaux de communication : > S'autoriser à appeler les collègues. > Réunions annuelles. > Immersions.	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 6.2 « Adapter le plan de formation de l'établissement aux priorités stratégiques du PMS »
Accueils dédiés		
1.1.9	Organiser l'accueil des situations non programmées, sur les CMP adulte avec une réponse/orientation donnée à toute demande, y compris les crises vécues comme des urgences.	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 3.2 « Renforcer la clinique des patients suicidants » > FdR SM (action 9) > SRS (obj. 17) > PTSM Actions 123, 131
1.1.10	Formaliser, pour chaque venue en urgence en CMP, un arbre décisionnel à appliquer, lors de l'évaluation de la demande des primo-accédant.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 9) > SRS (obj. 17) > PTSM Action 131
1.1.11	Organiser une réponse aux situations non programmées, par les Équipes Mobiles Adolescents.	<ul style="list-style-type: none"> > SRS (obj. 17) > PTSM Actions 123, 142
1.1.12	Evaluer la pertinence du dispositif mis en place en addictologie sur le Coutançais pour la prise en charge en urgence de patients présentant une addiction avec comorbidités somatiques (collaboration tripartite avec ARS et CH Coutances).	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 3.1 « Public souffrant de troubles addictifs » > SRS (obj. 17)

1

Optimiser les parcours de santé, de soins et de vie

FICHE PROJET

1.2

RENFORCER LA COORDINATION EN INTERNE ET AVEC L'EXTERNE (médecine libérale, MCO, secteur médico-social et social)



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
1.2.1	Définir une politique parcours patient Favoriser la prise en charge ambulatoire, réduire les soins sans consentement (SSC), limiter les réhospitalisations et favoriser la coordination des parcours.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 9) > SRS (obj. 16, 17) > PTSM (action 125)
Coordination en interne		
	Intensifier la coordination entre unités d'hospitalisation et structures ambulatoires et réciproquement :	
1.2.2	> Mettre en place un tableau de bord de pilotage des parcours patients (SIH) avec suivi des situations de rupture (délais et programmation de rendez-vous depuis l'hospitalisation TP puis au cours du suivi ambulatoire, absence de rappel, soins sans consentement).	> PTSM (action 125)
1.2.3	> Positionner des infirmiers de coordination de parcours dans chaque CMP en charge de veiller à la bonne coordination des parcours, en tenant compte de la notion de référence, primordiale dans le parcours.	
1.2.4	Mettre en place une cellule de gestion des cas cliniques très complexes en psychiatrie adulte pour l'ensemble de l'établissement.	> Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)
1.2.5	Développer la conciliation médicamenteuse comme outil de sécurisation de la prise en charge et de prévention de la iatrogénie médicamenteuse notamment aux points de transition dans le parcours de soins.	
1.2.6	Préserver la notion de référence médicale, cadre de santé et psychologue référents pour toutes les structures.	
Management des connaissances		
1.2.7	Profiter de la revue annuelle du projet médico-soignant pour communiquer sur les nouvelles activités et l'activité existante méconnue.	
Outils de coordination internes		
1.2.8	Organiser des formations, par l'équipe DIM, sur la tenue des dossiers patients, la lettre de liaison et le partage d'informations pour garantir le respect du décret définissant les éléments devant figurer dans le dossier du patient (décret 2016-995 sur la lettre de liaison et le dossier médical).	
Coordination interne et avec le territoire		
1.2.9	Améliorer les admissions administratives (ex. limiter les rappels de patients pour pièces non sollicitées lors de leur arrivée).	
1.2.10	Harmoniser les pratiques d'admission en cas d'alcoolémie à partir des recommandations de bonnes pratiques.	
1.2.11	Optimiser la gestion « prévisionnelle » des sorties des patients : <ul style="list-style-type: none"> > En prenant en compte la dimension sociale. > En évaluant périodiquement la durée moyenne de séjour. > Via une coordination structurée avec le CMP / partenaires sociaux et médico sociaux du parcours. > En coordination avec l'entourage, avec l'accord du patient, chaque fois que nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 37) > PRAPS
1.2.12	Organiser des revues de pertinence des orientations : <ul style="list-style-type: none"> > Développer des retours sur des situations de soins complexes faisant intervenir plusieurs acteurs. 	> FdR SM (action 8)

1

Optimiser les parcours de santé, de soins et de vie

FICHE PROJET

1.2

**RENFORCER LA
COORDINATION
EN INTERNE ET
AVEC L'EXTERNE
(médecine libérale,
MCO, secteur
médico-social et
social)**



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Management des connaissances		
1.2.13	Bien connaître les acteurs vers lesquels on oriente nos patients pour améliorer les relais (liens personnalisés avec les acteurs du parcours de soins pour des articulations pertinentes) en organisant des rencontres avec les partenaires du territoire (ex. Petits déjeuners de la santé).	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 16, 17, 23 à 29) > PTSM (actions 124, 156, 211, 221, 811, 812)
1.2.14	Promouvoir et mettre en œuvre les stages d'immersions dans les structures sanitaires, sociales et MS intra et extra Fondation Bon Sauveur de la Manche, en priorisant les qualifications de type Infirmiers Coordonneurs et assurer un suivi de ces stages.	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche 6.2 « Adapter le plan de formation aux priorités stratégiques du PMS » > FdR SM (actions 8, 17, 23 à 29)
1.2.15	Définir une politique de communication de nos dispositifs (ex de l'ETADA – projet de micro-films).	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 23-29) > PTSM (actions 422, 424, 425)
Outils de coordination avec le territoire		
1.2.16	Optimiser les relais hôpital-territoire : <ul style="list-style-type: none"> > En déployant le DMP. > En s'assurant que 100% des lettres de liaison sont réalisées à J0. > En étudiant l'opportunité de travailler avec des plateformes de coordination de territoire (outil du GCS Normand'e-santé dédié aux MAIA : SICo ?). 	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 8) > SRS (obj. 24) > PTSM (actions 611, 612)

1

Optimiser les parcours de santé, de soins et de vie

FICHE PROJET

1.3

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Gouvernance / Moyens humains		
1.3.1	Définir une gouvernance et une permanence de soins sur l'ensemble du CHS pour la médecine somatique au regard des effectifs médicaux disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 9) > SRS (obj. 16, 17) > PTSM (action 125)
Coordination en interne		
1.3.2	Développer l'offre de stage pour les internes de médecine générale.	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 6.2 « Adapter le plan de formation de l'établissement aux priorités stratégiques du projet médico-soignant »
1.3.3	Développer l'offre de stage pour les étudiants infirmiers pour contribuer à une formation de qualité (sensibilisation à la psychiatrie et aux liens entre somatique et psychiatrique).	
1.3.4	Recourir aux IPA (compétences somatiques - pathologies somatiques chroniques) avec la possibilité de renouvellement de traitements simples (antalgiques, laxatifs, prescriptions d'exams complémentaires...).	
Coordination du suivi en interne		
1.3.5	Étudier la faisabilité de mettre en place un centre de santé interne à la Fondation, à Picauville, ouvert également au public extérieur.	
1.3.6	Poursuivre les travaux menés suite au diagnostic des besoins en santé somatique mené en 2018 au sein de la Fondation (dépistage bucco-dentaire).	<ul style="list-style-type: none"> > GP DSSA : <ul style="list-style-type: none"> . Enquête des besoins . Diagnostic de l'offre . Priorités d'action > SRS (obj 6 - prév°) > SRS (obj 11,16 - ETP) > PTSM (action 413 – formation ETP, Education à la santé)
1.3.7	Education thérapeutique : <ul style="list-style-type: none"> > Mettre en place l'ETP somatique et anticiper un éventuel lien avec les actions d'ETP de la Fondation. > S'approprier et mettre en place la recherche-action sur la lutte contre les comorbidités (GCS RFSM) et tabac psy. 	
Formation		
1.3.8	Poursuivre les formations des professionnels au repérage et au traitement de la douleur – définir au préalable le public cible et les modalités.	> Fiche 6.2
Outils et équipement		
1.3.9	Évaluer l'opportunité de développer la télémédecine somatique (téléconsultation, télé-staff, télé-expertise).	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 10) > SRS (obj 24) > CH Maison blanche
1.3.10	Déployer la messagerie sécurisée MSSanté (réception sécurisée des résultats de laboratoire).	> SRS (obj 24)
1.3.11	Tester puis déployer le DMP dans quelques services volontaires (DCH et DEMS).	> SRS (obj 24)
1.3.12	Mettre en place une plateforme permettant d'améliorer dans les services l'équipement en matériel médical et leur maintenance (prise de constantes, bladderscan...).	> Cf. autres besoins en équipement repérés dans l'enquête des besoins du DSSA



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Coordination du suivi avec le territoire		
1.3.13	Mettre en place un réseau de consultations spécialisées structuré en 3 niveaux de recours et territorialisés (avec conventions) (cf. projet DSSA).	<ul style="list-style-type: none"> > Priorité d'action DSSA > FdR SM (actions 11, 14 et 15) > SRS (obj 15) > SRS (obj 17) > PTSM (action 157 – visites longues)
1.3.14	Recourir davantage au tissu associatif et aux partenaires , notamment les CPTS.	<ul style="list-style-type: none"> > GT DSSA > Priorités d'action DSSA > Fiche PMS 1.2 « Renforcer la coordination en interne et avec l'externe »
1.3.15	Créer une équipe mobile de gériatrie dédiée à la Fondation et intégrée à la gouvernance de la santé somatique.	

FICHE PROJET

1.3

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE

1

Optimiser les parcours de santé, de soins et de vie



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Gouvernance / Moyens humains		
1.4.1	Définir le capacitaire optimal sur l'ensemble du CHS en évaluant la pertinence des lits d'hospitalisation temps plein, et des solutions d'aval (familles d'accueil, Hôpitaux de jour, collaboration sanitaire-social-médico-social...) au regard du projet médico-soignant.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 8, 9, 12) > PTSM Actions 143, 125, 156, 621, 812
1.4.2	Définir une politique de gestion des lits et places (règlement intérieur) : > Mettre en place une cellule de gestion des lits inter pôles (Cadre / gestionnaires de lits) : <ul style="list-style-type: none"> • Suivi de l'occupation des lits et places. • Suivi des DMS atypiques. 	<ul style="list-style-type: none"> > PTSM Action 131
1.4.3	Mettre fin aux chambres doubles et distinguer clairement les chambres hôtelières des espaces dédiés à l'isolement.	
1.4.4	Prévoir une salle d'activités mutualisée à Saint-Lô notamment pour les usages suivants : > Pédiopsychiatrie (théâtre de l'opprimé). > Addictologie (futur Bateson). > Psychiatrie adultes (relaxation, psychomotricité).	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 3.3 > Schéma directeur immobilier (SDI)

FICHE PROJET

1.4

PILOTER LE CAPACITAIRE (ambulatoire, hospitalier, RPS)



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
2.1.1	<p>Revoir les chemins cliniques en ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Concentrer les ressources médicales en ambulatoire sur des CMP ressources. > Antennes psychiatriques au sein des maisons de santé et PSLA avec présence d'IPA et de Psychologues (consultations, bilans, et régulation institutionnelle) (pas de consultation par un Médecin psychiatre). > Renforcer le rôle du Médecin traitant notamment dans le cadre des renouvellements de prescriptions (une fois le traitement équilibré). > Renforcer les collaborations de 1ère ligne en pédopsychiatrie pour les adolescents avec la Maison des Adolescents (Mado), (12-25 ans). 	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 5, 9) > PTSM Action 131
2.1.2	<p>Hôpitaux de jour et CATTTP :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Orienter les HDJ vers les activités de diagnostic et de RPS. > Développer les activités thérapeutiques du patient en lien avec la cité permettant d'optimiser l'inclusion sociale (recourir aux ressources du territoire pour des activités à l'extérieur dont les GEM). > Développer l'accompagnement des patients dans l'observance de leurs traitements et disposer d'outils sur ce thème (éducation thérapeutique du patient). 	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 9, 12) > SRS (obj 11)
2.1.3	<p>CMP :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Adapter les horaires d'ouverture des structures ambulatoires en fonction de la demande et de l'activité. > Expérimenter l'élargissement des temps d'ouverture des CMP (une année) : <ul style="list-style-type: none"> • en semaine en soirée jusqu'à 20h (1 jr / semaine), • le samedi matin. 	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 9, 12) > SRS (obj 11)
2.1.4	<p>Définir les soins renforcés à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Quels soins, à quelle fréquence et où ? (ex : consultation Médecin Psychiatre hebdomadaire à domicile ?) > Quels critères d'inclusion ? (ex : inclusion des patients avec troubles addictifs ?) 	
2.1.5	<p>Créer dans chaque pôle une unité de soins renforcés à domicile (SRD) coordonnée par les U(A)EO.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Étoffer l'offre de soins à domicile aujourd'hui définie pour l'HAD. > Coordonner les interventions à domicile avec les acteurs du territoire (dans le cadre des CPTS). > Dédier un infirmier de parcours pour le suivi des patients (case manager). 	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 8, 12) > SRS (obj 16, 24) > PTSM (action 121) > Fiche PMS 3.1 « Publics avec troubles addictifs »
Compétences thérapeutiques spécifiques		
2.1.6	Mutualiser les compétences thérapeutiques spécifiques entre les pôles.	<ul style="list-style-type: none"> > Avant-projet « Thérapies »
2.1.7	Recruter des professionnels maîtrisant les nouvelles thérapies scientifiquement validées.	<ul style="list-style-type: none"> > Mémoire de Master « école de cadre »
2.1.8	Optimiser la pratique professionnelle des personnes déjà formées.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (actions 16, 12) > SRS (obj 3 – dépression post partum)
Education Thérapeutique du Patient (ETP)		
2.1.9	<p>Établir un état des lieux et évaluer l'offre d'ETP du CHS. Donner de la lisibilité à l'offre d'ETP du CHS pour qu'elle soit sollicitée plus fréquemment. Soutenir et essayer au sein du CHS, les programmes d'ETP qui fonctionnent au regard des orientations de chaque pôle (psychiatrie et addictologie). Développer des programmes d'ETP somatiques. Définir la place de l'ETP au sein du CHS :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Dispositif spécifique à certaines unités. > Dispositif intégré aux services (des professionnels formés dans chaque « territoire de proximité » (CMP/CMPEA ? HDJ ?) capables de proposer de l'ETP. > Prestation mobilisable par la RPS mais ne lui étant pas dédiée (-> ETP possible hors RPS). 	<ul style="list-style-type: none"> > Piloté par la fiche 1.3 « Améliorer la prise en charge somatique »



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
2.2.1	Formaliser une réflexion annuelle dans chaque CMP pour évaluer la qualité de l'accueil et l'appropriation des nouveaux outils (NTIC).	
2.2.2	Mettre à disposition des cadres des CMP un outil de pilotage de l'activité.	
2.2.3	Améliorer la permanence de l'accueil téléphonique en CMP : > Améliorer le taux de décroché. > Améliorer les délais d'attente. > Etudier la mise en place d'autres moyens de prise de rendez-vous.	
2.2.4	Personnaliser la prise en charge au travers du développement des NTIC Exemples : > Application sécurisée « My FBS » reliée au DPI incluant les rendez-vous pris par le patient, les programmes d'ETP, ... > Rappels de rendez-vous par sms.	
2.2.5	Faire le bilan de l'expérimentation du poste d'infirmier coordonnateur sur le CMP H. HECAEN.	

FICHE PROJET

2.2

AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL EN AMBULATOIRE



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
3.1.1	Définir une politique dédiée à la prise en charge du public avec troubles addictifs.	
Équipes mobiles et de liaison		
3.1.2	Renforcer les ELSA (y compris en intra psychiatrie) et leur inclusion dans les CPTS.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (action 9) > Fiche PMS 2.1 « Soutenir une réponse graduée et innovante face à des demandes variées en ambulatoire »
3.1.3	Contribuer à l'action du PTSM : développer et déployer les équipes mobiles sur le département : précarité exclusion, adolescents, personnes âgées, (information formation, évaluation, prévention, suivi d'hospitalisation).	<ul style="list-style-type: none"> > PTSM Action 158 > PRAPS
Prisons / Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ)		
3.1.4	Renforcer les groupes de parole pour les PPSMJ (Saint-Lô / Cherbourg).	
3.1.5	Renforcer la présence médicale en addictologie sur les prisons (Maison d'arrêt de Coutances et Cherbourg).	
Lits d'addictologie en hôpital général		
3.1.6	Poursuivre et évaluer l'impact de l'expérimentation engagée sur Coutances : lits d'addictologie au sein des services de médecine des hôpitaux généraux (prises en charge aiguës) en fonction des enjeux d'implantation de lits d'addictologie en région et en fonction de la convention avec le CH de Coutances.	
3.1.7	Renforcer la performance des unités d'hospitalisation (durée moyenne de séjour et taux d'occupation).	
3.1.8	<p>Renforcer les nouvelles activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> > TCA : poursuivre le développement du réseau existant porté par la FBS Manche, l'étendre au périmètre centre de la Fondation. > Périnatalité : penser le lien addictologie / périnatalité (projet de grossesse, maternité), en favorisant les immersions entre le Nord et le Centre et en développant les liens avec les partenaires (pédopsychiatrie, ...) > Renforcer les liens avec l'Équipe Mobile Adolescents et la Maison des Adolescents pour les publics jeunes et consommateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 2.1 « Soutenir une réponse graduée et innovante face à des demandes variées en ambulatoire » > Groupe de réflexion clinique autour des TCA. Travail en réseau autour du concept de la réduction des risques concernant les TCA. > Projet périnatalité et addictions, partiellement financé par l'ARS
3.1.9	Renforcer les groupes de paroles pour les usagers de substances psychoactives.	
Soutien aux aidants		
3.1.10	Contribuer à l'action du PTSM : développer et promouvoir des dispositifs existants de soutien aux aidants (programme pro-famille, soutien à la parentalité, ...). Travaux liés sur le territoire : programme « une histoire de famille » (addiction).	> PTSM Action 912
3.1.11	Contribuer à l'action du PTSM : contribuer à un annuaire collaboratif sur un portail internet avec un onglet dédié aux professionnels et un autre dédié aux usagers, avec une porte d'entrée locale et une autre par spécialité avec mise à jour de l'annuaire par les acteurs.[...] ; valoriser les outils existants (MAIA, MADO, UNAFAM, dispositifs de l'addictologie, ...).	> PTSM Action 221



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
3.2.1	Définir une politique dédiée à la prise en charge du public avec risque suicidaire.	
Volet ambulatoire		
3.2.2	Structurer le plan de formation pluriannuel « crise suicidaire » en interne : > Niveau 3 (intervenants de crise) : AMP, APU, UAEO, UAOP, EMAdos. > Niveau 2 (évaluation / orientation) : infirmiers, médecins, psychologues (CMP). > Niveau 1 (sentinelles) : professionnels non-soignants.	> SRS « actions réalisées » > PTSM Action 162
3.2.3	S'assurer de la complémentarité des dispositifs Vigilans (à renforcer), Clinique du souci, EMAdos puis déployer cette offre globale auprès des professionnels sur les pôles Nord et Centre.	> FdR SM (actions 9, 12) > SRS (obj 11)
3.2.4	Impliquer le Système d'Information hospitalier pour rendre opérationnel le Dossier Patient Informatisé dans le cadre du suivi.	
3.2.5	Suivre les indicateurs CPOM des pôles Centre et Nord : > Trimestriellement en bureau de pôle. > Mensuellement par la direction déléguée aux prises en charge. > Mensuellement par les cadres dans les services.	
Volet temps plein		
3.2.6	S'assurer que les dispositifs Vigilans, Clinique du Souci et intervention EMAdos soient proposés aux patients suicidants sortant d'une hospitalisation temps plein.	
3.2.7	Réaliser des audits de suivi de l'évaluation du potentiel suicidaire sur les UF temps plein.	
3.2.8	Améliorer le codage diagnostique principal et secondaire pour améliorer la représentativité des données recueillies.	
3.2.9	Intégrer progressivement la place des outils d'évaluation standardisés type « Danger/Urgence/Risque » (DUR), et s'assurer qu'ils soient disponibles.	
3.2.10	Evaluer et s'inspirer si pertinent, du tableau en vigueur au CMP HECAEN référençant les patients en crise.	> FdR SM (actions 9, 12) > SRS (obj 11)
Volet transversal		
3.2.11	Positionner les infirmiers coordonnateurs comme responsables du bon fonctionnement du dispositif de veille (ambulatoire et temps plein).	
3.2.12	Atteindre les objectifs fixés avec l'ARS dans le cadre du CPOM : > 60% des patients relancés en 2019, > 70% en 2021, > 80% en 2022, > 100% en 2023.	> FdR SM (actions 9, 12) > SRS (obj 11)
3.2.13	Contribuer à la mise en œuvre des axes du programme Papageno (repris dans la feuille de route Psychiatrie et Santé Mentale).	> ARS > CLSM
3.2.14	Sensibiliser les professionnels des unités temps plein et services d'accueil d'urgence aux dispositifs Vigilans / Clinique du Souci.	> ARS > CLSM



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Définir une offre cohérente et équivalente sur l'ensemble du territoire pour la filière adolescents		
3.3.1	Equipe Mobile Adolescents (EMA) (en lien avec la Mado et l'addictologie) : > Développer l'équipe mobile adolescents (nord en déploiement). > Améliorer le repérage et la réponse aux troubles débutants.	> PTSM Actions 158, 142 > Projet TANDEM (FBS Manche / MADO)
3.3.2	CMPEA : > Poursuivre l'expérimentation, imposée par la crise COVID 19, du recours au télé-entretien lorsqu'il permet une continuité de l'accès aux soins pour des patients connus et leur famille en incapacité de se déplacer régulièrement (adolescents notamment résidant hors domicile, parents géographiquement distants,...), et évaluer celle-ci.	> PTSM Actions 158, 142 > Projet TANDEM (FBS Manche / MADO)
3.3.3	HDJ Ados : > Créer un hôpital de jour pour adolescents à Saint-Lô. > Proposer un accueil à temps partiel aux adolescents en souffrance pour formaliser une approche thérapeutique et permettre une continuité des soins.	> PTSM Action 151
3.3.4	CATTP : > Prévoir un espace CATTP à Valognes pour enfants et adolescents.	
3.3.5	Prévoir une salle d'activités mutualisée à Saint-Lô notamment pour les usages suivants : > Pédopsychiatrie (théâtre de l'opprimé). > Addictologie (futur Bateson). > Psychiatrie adultes (relaxation, psychomotricité).	> SDI
Créer un dispositif d'accueil temps plein pour adolescents en situation de crise		
3.3.6	> Lits d'hospitalisation, temps plein, modulaires (durée maximale de séjour : 15 jours), adossés à une unité de psychiatrie pour adultes. > En proximité d'une unité médico-sociale renforcée et en collaboration avec les unités de pédiatrie du territoire. > En complémentarité des autres acteurs du parcours adolescents.	> PTSM Actions 151, 143, 144 > Services de pédiatrie (CHPC, CH Mémo) > AAJD, ADSEAM
3.3.7	Définir les modalités de continuité des soins pour éviter toute rupture dans le parcours de soins liée à l'âge des patients accueillis (exemple des 12-25 ans ?) en ambulatoire et en hospitalisation.	> Expérimentation filière ados CSPPA
3.3.8	Formaliser les démarches de RPS entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte dès le 1er épisode chez les jeunes psychotiques (quelques réunions par an).	



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Réorganiser la filière gérontopsychiatrique		
3.4.1	Développer une équipe mobile de gériatrie dédiée à la Fondation et intégrée à la gouvernance de la santé somatique. Étudier la pertinence d'une fermeture de l'unité Écalgrain et du redéploiement de la capacité d'accueil en gérontopsychiatrie.	<ul style="list-style-type: none"> > PTSM Action 151 Créer unités de gérontopsychiatrie > PTSM Action 144 situations complexes > SRS (obj 24) Outil coord° parcours
S'inscrire comme partenaires incontournables sur la question de la dépendance et de la souffrance psychiatrique de la personne âgée		
3.4.2	Renforcer les coopérations avec les EHPAD :	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM (Action 10) > SRS (Obj 5, 24) consult° longue / téléconsultation > PTSM Action 153 > SRS (Obj 5) – consultation longue
3.4.3	> Développer la téléconsultation/télémedecine en EHPAD (action traitée également dans la fiche 7.2). > Etendre les SRD aux EHPAD.	
3.4.4	> Actualiser les conventions (incluant les temps d'échange avec les EHPAD). > Proposer des formations et immersions aux personnels des EHPAD sur la psychopathologie et prise en charge de la personne âgée.	
3.4.5	> Créer des espaces de formation communs psychiatrie/médico-social, en prenant garde aux spécificités réglementaires (ex : contention). > Permettre la mobilité de personnel, des immersions.	
3.4.6	Renforcer les coopérations avec le somatique : > Structurer la filière gérontopsychiatrique en lien avec la filière gériatrique (CH Méorial & Coutances et CHPC – GHT gériatrique). > Être présent au sein des CPTS.	
3.4.7	> Introduire des compétences en matière de neuropsychologie en gérontopsychiatrie.	> SRS (obj 17) accès aux soins courants PSH
3.4.8	Proposer le développement d'accueils temporaires dans les EHPAD de personnes hospitalisées, via des conventions. > Lits dédiés en EHPAD (mise à disposition des moyens sanitaires pour le médico-social à l'instar de l'EHPAD de Picauville).	
Proposer un accompagnement global de la personne âgée		
3.4.9	Renforcer l'accompagnement en direction des aidants et de la famille : > Développer le travail social dès le début de la prise en charge. > Être présent au sein du réseau dédié à la gériatrie et à la gérontopsychiatrie. > Contribuer au guichet intégré des MAIA.	
3.4.10	Travailler davantage en coordination avec la neurologie et la gériatrie.	



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
3.5.1	Définir la politique de prise en charge des personnes placées sous main de justice (PPSMJ).	> FdR SM (actions 5, 9) > PTSM Action 131
3.5.2	Suivre l'activité ambulatoire auprès des PPSMJ en milieu ouvert.	> Ma santé 2022 Actions 2, 16
3.5.3	Formaliser les pratiques ambulatoires PPSMJ.	> Ma santé 2022 Actions 1, 16
3.5.4	Permettre l'accès au dossier patient informatisé (DPI) au sein de la maison d'arrêt de Cherbourg.	
3.5.5	Optimiser le fonctionnement du dossier patient informatisé à la maison d'arrêt de Coutances en le découplant du système d'information du CH Méorial.	
3.5.6	Se former sur le contexte et les dispositifs juridiques (pour développer les compétences expertales et en médecin coordonnateur).	
3.5.7	Consolider les partenariats avec le SPIP et les Juges d'Application des peines.	
3.5.8	Finaliser la convention Hôpital / Police / Justice.	
3.5.9	Finaliser la convention ARS / Maison d'arrêt Cherbourg / CHPC / FBSM.	
3.5.10	Renforcer les groupes de parole pour les PPSMJ (SAINT-LÔ / CHERBOURG).	> Fiche PMS 3.1 Public souffrant de troubles addictifs
3.5.11	Renforcer la présence médicale en addictologie sur les prisons (Maisons d'arrêt de Coutances et Cherbourg).	> Fiche PMS 3.1 Public souffrant de troubles addictifs

FICHE PROJET

3.5

COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)

3

Adapter nos
offres de soins
aux populations
spécifiques



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
3.6.1	Poursuivre la réflexion autour de la clinique du psychotraumatisme.	
3.6.2	Définir une politique de prise en charge des personnes victimes de psychotraumatisme.	
3.6.3	S'inscrire dans la recherche action régionale relative au psychotraumatisme complexe (pédopsychiatrie).	
3.6.4	Réfléchir à la clinique de la résilience.	

FICHE PROJET

3.6

ACCUEIL DES PERSONNES AVEC PSYCHO- TRAUMATISME

3

Adapter nos
offres de soins
aux populations
spécifiques

FICHE PROJET

3.7

**PARTICIPER
AUX
DISPOSITIFS
POUR RÉFUGIÉS
& MIGRANTS**



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
3.7.1	Définir une politique globale autour de la précarité regroupant l'addictologie, la psychiatrie et la pédopsychiatrie : y intégrer la prise en charge de la population migrante.	
3.7.2	Travailler avec les PASS et les associations du territoire (CADA...) pour renforcer l'accompagnement auprès des personnes migrantes, dans le cadre des conseils locaux de santé mentale.	
3.7.3	Coordonner et développer les liens entre Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et équipes mobiles adolescents.	> PRAPS
3.7.4	Renforcer les EMPP sur l'ensemble du territoire de la Fondation en veillant à y intégrer les qualifications complémentaires (ethnopsychiatrie...).	> PRAPS > PTSM Action 158
3.7.5	Réfléchir à la sensibilisation la plus pertinente pour se former à l'accueil des personnes migrantes (barrière culturelle / ethnopsychiatrie).	> Médiation transculturelle : PRAPS, ex. du CH du Rouvray et de l'APHP > Formations : PRAPS > Coallia
3.7.6	Recourir à un dispositif d'interprétariat en externe et veiller à traduire les documents clés à l'adresse des usagers.	> Recommandation IGAS > RBP HAS > SRS (obj 19) > Médiation transculturelle : PRAPS, ex. du CH du Rouvray et de l'APHP



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
3.8.1	Créer un seul et unique lieu d'hospitalisation pour adultes avec TSA adossé à une unité (à définir) sur le site de Saint-Lô à l'échelle du territoire de la Fondation.	
3.8.2	Accompagner le développement de l'ETADA et de l'EMATSA à l'échelle départementale.	> FdR SM Action 13 > SRS (obj 17) > PTSM Action 141
3.8.3	Améliorer la coordination et le partenariat sanitaire /médico-social : > Dans la prise en charge des enfants présentant des TSA. > Lors des étapes de transition entre les structures en amont et en aval.	> FdR SM Action 18 > SRS (obj 16,24) > PTSM Action 143, 144
3.8.4	Poursuivre la construction du lien entre les crèches et la pédopsychiatrie (enjeu de santé publique de prévention).	
3.8.5	Définir le parcours ambulatoire pour adultes TSA.	
3.8.6	Se tenir disponible pour participer au projet le cas échéant de GEM TSA départemental.	> AAP ARS création de 2 GEM TSA en Normandie
3.8.7	Renforcer et développer la connaissance d'un réseau spécifique autour des personnes avec TSA, notamment en termes d'accès aux soins somatiques.	> FdR SM Actions 11,14,15

FICHE PROJET

3.8

ARTICULER LES DISPOSITIFS SANITAIRES DANS LE CADRE DE LA FILIÈRE TSA

4

Structurer et
développer
l'offre
de soins de
[ré]habilitation
psychosociale
du Centre
Hospitalier



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
4.1.1	Définir la gouvernance de la RPS à l'échelle institutionnelle, au regard des besoins de santé et en veillant à la bonne gestion des interfaces entre sanitaire, social et médico-social.	> Guide ANAP « Mettre en place la RPS dans les territoires »
4.1.2	Définir la gouvernance de la RPS à l'échelle du CHS , et conformément aux exigences de l'ARS (cf. AAP ARS plateforme RPS).	> Guide ANAP « Mettre en place la RPS dans les territoires »

FICHE PROJET

4.1

DÉFINIR LA
GOUVERNANCE
DE LA [RÉ]
HABILITATION
PSYCHOSOCIALE



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
4.2.1	Réaliser une cartographie de l'offre actuelle du CHS en matière de RPS ainsi que celle du territoire et la mettre à jour régulièrement.	
4.2.2	Placer un plateau technique sur chaque site intra-hospitalier : > Créer une équipe mobile d'évaluation en RPS à l'échelle du territoire de la Fondation (diagnostic neuro-psycho-fonctionnel). > Transformer une partie de nos offres d'HDJ et d'ATTP actuelles pour les intégrer dans notre offre de RPS formalisée au regard de la circulaire DGOS de janvier 2019. > Mettre en place avec les services et les patients (et leurs aidants) des programmes personnalisés de RPS et coordonner les parcours de RPS en développant notamment ETP, remédiation cognitive, habiletés sociales, thérapie motivationnelle, sur l'ensemble du territoire.	
4.2.3	Reprenre l'expérimentation de la pair-aidance et expérimenter d'autres modalités d'accompagnement par les pairs en s'inspirant des réflexions en cours sur la DAMS (compagnonnage).	
4.2.4	Accentuer le soutien à l'association Au fil de l'eau pour la mise en place d'un accompagnement infirmier (type lieux d'écoute) sur les chantiers et entreprises d'insertion par l'économique du territoire FBSM. (projet de financement par la DIRECCTE de postes au sein du pôle de psychiatrie adulte du CHS (0.5 FBSM / 0.5 Au fil de l'eau).	
4.2.5	Organisation d'une journée annuelle sur la RPS à l'échelle de l'établissement.	
Renforcer l'interconnaissance sanitaire / médico-sociale		
4.2.6	Créer un groupe de bonnes pratiques de la RPS transversal qui aura pour mission de : > Recenser ce qui se pratique sur la FBSM. > Identifier les ressources tant en interne que sur le territoire qui permettent d'enrichir l'offre de soins. > Partager les expériences sur le modèle « observatoire de la violence ».	
4.2.7	Développer la coopération avec les acteurs internes / externes à la Fondation en matière de [ré]habilitation psychosociale : > Institutionnaliser des temps réseau : • avec associations d'usagers et représentants d'usagers, • entre les professionnels (mise en sens du suivi), • avec les intervenants sanitaires/MS/sociaux, > Développer le partenariat avec le centre ressource régional Normandie Réhab'.	
Pratiques et outils professionnels		
4.2.8	Développer les outils nécessaires à la mise en place de la RPS : > Grille d'évaluation. > Outil de diagnostic fonctionnel / diagnostic clinique (outil commun sanitaire / médico-social, accessible via le Dossier Patient Informatisé). > Projet thérapeutique individuel. > Développer les équipes mixtes sanitaire / médico-social. > Développer le case management.	
4.2.9	Le parcours de RPS doit pouvoir être proposé et formalisé dès la première prise en charge (circulaire DGOS).	
4.2.10	Renforcer l'articulation auprès des jeunes psychotiques pour intervenir au mieux et plus rapidement et formaliser les démarches de RPS dès le 1er épisode chez les jeunes psychotiques.	
4.2.11	Renforcer / favoriser les prises en charge groupales et former les professionnels.	
4.2.12	Proposition d'actions spécifiques sur les pratiques et outils à mettre en œuvre.	

5

Soutenir les Droits des patients et usagers



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
5.1.1	Favoriser le travail en amont pour éviter l'atteinte du stade critique : > Lien avec l'ambulatoire et les services d'accueil d'urgence. > Renforcer l'accompagnement par les équipes médicalisées renforcées. > Poursuivre les actions de prévention et d'information, y compris auprès des représentants de l'État, des élus et des acteurs sociaux. > Lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.	> Fiche 7.1 « S'impliquer dans les SISM et CLSM et contribuer à la mise en place d'un CLSM dans chaque CLS » > PTSM Action 131
5.1.2	Réfléchir aux solutions pour appliquer la loi concernant les soins sans consentement sans impacter le bon déroulement du parcours de la personne et son accès aux soins.	
5.1.3	Organiser une revue de pertinence des hospitalisations en Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SPDRE) et Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT).	
5.1.4	Organiser une revue de pertinence des programmes de soins.	> Recherche action GCS RFSM sur les programmes de soins
5.1.5	Renforcer les connaissances des professionnels en interne / en externe au sujet de la législation et des dispositions en vigueur.	> PTSM Action 422

FICHE PROJET

5.1

FAVORISER LES SOINS LIBRES POUR DIMINUER LE NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
5.2.1	Favoriser la contenance psychique de l'Institution (environnement et équipe).	
5.2.2	Evaluer périodiquement la pertinence des isolements et contentions , par unité fonctionnelle (UF), à partir notamment des indicateurs de l'ATIH et de la HAS.	
5.2.3	Organiser trimestriellement une rencontre, pour les UF concernées, médecins / cadres / psychologues : analyse quantitative et qualitative .	
5.2.4	Dans la charte « isolement et contention », validée en CME, inscrire la réflexion continue des équipes .	
5.2.5	Systématiser la réflexion clinique et l'élaboration sur la gestion des situations d'agitation difficiles (temps immédiats et post-immédiats) sans attendre la demande des équipes.	
5.2.6	Renforcer les connaissances des professionnels au sujet de la législation, des dispositions en vigueur et des pratiques dans d'autres établissements.	> PTSM Action 422
5.2.7	Pérenniser les formations de type Oméga (référents formateurs Oméga avec qualifications adaptées) et formations aux bonnes pratiques dans l'utilisation des matériels de contention.	
5.2.8	Adapter les matériels et les infrastructures (locaux, SIH) : > Proscrire les hébergements en chambre de soins intensifs (CSI) dès que possible en application du schéma directeur immobilier (SDI). > Prévoir des espaces d'apaisement.	> Guide HAS : outil 6 - Mise en place d'espaces d'apaisement.

FICHE PROJET

5.2

S'ASSURER DE LA PERTINENCE CLINIQUE DU RECOURS AUX PRATIQUES D'ISOLEMENT ET CONTENTION ET EN POURSUIVRE LA DYNAMIQUE DE DIMINUTION (NOTAMMENT POUR LA CONTENTION)

5

Soutenir les Droits des patients et usagers

FICHE PROJET

5.3

PROMOUVOIR LA CAPACITÉ DE DÉCIDER ET D'AGIR DES USAGERS ET DE L'ENTOURAGE



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
5.3.1	Permettre de développer la capacité d'agir des usagers en facilitant l'accès à l'information sur toutes les modalités de soins et d'accompagnement en utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).	
5.3.2	S'assurer de la co-construction effective des projets de vie et de soins avec les usagers et leurs aidants (proches, mandataires..). Positionner autant que faire se peut, les patients comme co-acteurs de leurs projets de soins.	
5.3.3	Développer la pair-aidance, et en particulier dans les actions de soins visant à : <ul style="list-style-type: none"> > L'éducation thérapeutique. > L'accompagnement psycho-social (soutien et promotion de GEM accompagnement sur l'inclusion sociale de type hébergement, loisirs..). > La promotion de la santé mentale et la lutte contre la stigmatisation. 	> AAP ARS création de 2 GEM TSA en Normandie
5.3.4	Améliorer la réponse institutionnelle aux familles et aux aidants en : <ul style="list-style-type: none"> > Poursuivant et amplifiant les groupes « pro-famille ». > Proposant des actions à destination des proches, co-construites avec les associations d'usagers et représentants d'usagers. 	
5.3.5	Solliciter l'avis des associations d'usagers et représentants d'usagers dans le cadre des réflexions et écritures de projets d'unités (à l'instar de la démarche initiée dans le cadre du projet médico-soignant).	
5.3.6	Inclure des formations sur la « clinique de l'empowerment » dans les priorités du plan de formation.	
5.3.7	Améliorer l'accueil et la prise en compte des aidants notamment lors des hospitalisations : <ul style="list-style-type: none"> > Élaborer une charte des aidants en CDU pour renforcer l'étayage auprès du patient. > Poursuivre les temps de réflexion avec les associations d'usagers et représentants d'usagers (en lien avec la CDU) pour apporter une réponse aux besoins des familles et de l'entourage lors de la mise en place du suivi d'un proche. 	> Charte européenne de l'aidant familial
5.3.8	Intégrer l'entourage dès que nécessaire dans les parcours de réhabilitation psychosociale ou dans la gestion de situations complexes.	> FdR SM (actions 16, 12) > SRS (obj 3 – dépression post partum)
5.3.9	Poursuivre les collaborations avec les associations d'usagers ou représentants des usagers ou des familles, vectrices de soutien pour l'entourage.	> Piloté par la fiche 1.3 « Améliorer la prise en charge somatique »

6

Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
6.1.1	Définir la politique de recherche au sein de l'établissement.	> FdR SM (actions 5, 9) > PTSM Action 131
6.1.2	Création d'une direction ou département ou instance dédié(e) à la recherche à l'échelle de la Fondation.	> FdR SM (actions 9, 12) > SRS (obj 11)
Renforcer l'interconnaissance sanitaire / médico-sociale		
6.1.3	> Poursuivre les collaborations avec le CERREV pour élaborer des dispositifs d'action recherche paramédicaux et ainsi mettre en parallèle, les besoins (mis en évidence par la transmission des savoirs) et l'offre de formation initiale.	> SRS (obj 25)
6.1.4	> Développer les formations en ligne et en évaluer la pertinence sur les pratiques professionnelles.	
6.1.5	> Poursuivre les travaux préliminaires engagés avec les CHU de CAEN et ROUEN pour structurer la recherche au niveau régional (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale).	
6.1.6	Poursuivre et renforcer la participation de la Fondation aux programmes de recherche action du GCS RFSM.	

FICHE PROJET

6.1

STRUCTURER ET DÉVELOPPER LA POLITIQUE DE RECHERCHE



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Créer et mettre en place une politique de formation dédiée aux autres priorités du PMS		
6.2.1	Préparer l'arrivée des nouveaux métiers (médiateurs de santé pair, infirmier de pratique avancée, case manager) par l'information. > Préciser les profils de postes des nouveaux métiers (IPA, Médiateurs de santé pairs, Case manager) au regard des professions existant au sein de la Fondation.	> FdR SM (actions 5, 9) > PTSM Action 131
6.2.2	Découvrir les pratiques professionnelles existant au sein de la FBSM et encourager les immersions dans les structures sociales et médico-sociales (intra et extra FBSM) en priorisant les qualifications de type Infirmiers Coordonnateurs : > En interne (APU-AMP-UAOP / UAEO Nord et Centre / HDJ / SRD (ex-HAD) / les PUI). > À l'extérieur de la Fondation.	> Cf. fiche PMS 4.2 > Cf. fiche PMS 1.1 > Cf. fiche PMS 1.2
6.2.3	Réaliser un diagnostic des compétences à renforcer et de celles à acquérir en cohérence avec les objectifs DPC (professionnels de santé).	> FdR SM (actions 9, 12) > SRS (obj 11)
6.2.4	Développer l'attractivité de la FBSM au travers de son plan de formation : > Mise en place de formations diplômantes au regard des priorités du PMS. > Travailler des parcours de formation. > Proposer des formations décloisonnées (sanitaire / médico-social / social) entre établissements. > Poursuivre les stages d'immersion.	> Actions PTSM
6.2.5	Développer les coopérations avec les centres ressource et d'expertise régionaux.	> CRIAVS
6.2.6	Développer les formations en ligne et en évaluer la pertinence sur les pratiques professionnelles.	> Fiche PMS 6.1 « Recherche »
6.2.7	Promouvoir l'information et la formation sur la psychothérapie institutionnelle.	
6.2.8	Former l'ensemble des professionnels en contact avec les patients à la dynamique transférentielle.	
6.2.9	Recourir à la formation à la e-santé mentale en projet au sein du CCOMS.	
Créer et mettre en place une politique de formation dédiée à la [ré]habilitation psychosociale		
6.2.10	Réaliser un diagnostic des compétences à renforcer et de celles à acquérir en RPS en cohérence avec : > Les objectifs DPC (professionnels de santé). > Les orientations de l'instruction du 19/01/2019 définissant notamment la composition d'une équipe de RPS. > Les compétences nécessaires listées dans l'appel à candidature de l'ARS. > Les fiches de postes proposées dans le guide ANAP. > S'appuyer sur un benchmark auprès des établissements plus avancés que la FBSM en matière de RPS (La Chartreuse – Dijon, EPSM Daumézou – Loiret, EPSM – Oise, CH Esquirol – Limoges, ESM MGEN – Lille).	> Instruction DGOS/R4/2019/10 du 19/01/19 > AAC ARS « déploiement de l'offre de soins de RPS en Normandie au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie dans une démarche de co-construction du parcours avec le secteur sociale et des prestations médico-sociales
6.2.11	Former les professionnels à la RPS (théorie et méthodologie) Objectifs : > Aboutir à l'utilisation d'un vocabulaire commun (temps de synthèse, AAJD, CCAS, SAMSAH, MJPM). > Maîtriser la prise en charge groupale en RPS. > Maîtriser les techniques d'accompagnement en RPS (ETP, remédiation cognitive, habiletés sociales, thérapie motivationnelle) et les outils correspondants (Tom Remedys...) Modalités : > Proposer des formations décloisonnées en RPS (sanitaire / médico-social / social) entre établissements. > Mettre en œuvre des stages d'immersion en RPS. > Diffusion information dans les pôles. > E-learning (par regroupement).	> Guide ANAP « Mettre en place la RPS dans les territoires » > DIU > Colloque (réseau remédiation cognitive, plateforme ressources) > Congrès national réhabilitation,

6

Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels

FICHE PROJET

6.2

ADAPTER LE
PLAN DE
FORMATION DE
L'ÉTABLISSEMENT
AUX PRIORITÉS
STRATÉGIQUES
DU PROJET
MÉDICO-
SOIGNANT



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Droits des usagers		
6.2.12	Renforcer les connaissances des professionnels en interne / en externe au sujet de la législation et des dispositions en vigueur relatives aux soins sans consentement & pratiques d'isolement et contention.	> Fiche PMS 5.1 (SSC) > Fiche PMS 5.2 (isolement & contention)
6.2.13	Inclure des formations sur l'empowerment dans les priorités du plan de formation.	> Fiche PMS 5.3 Empowerment
6.2.14	Pérenniser les formations de type Oméga et les formations aux bonnes pratiques dans l'utilisation des matériels de contention.	> Fiche PMS 5.2 (isolement & contention)
Améliorer la prise en charge somatique		
6.2.15	Réaliser un benchmark auprès d'autres établissements sur les modèles d'organisation des soins somatiques (ex : Lille, Barthélémy DURAND, Dijon...).	> Fiche PMS 1.3 Améliorer la prise en charge somatique
6.2.16	Poursuivre les formations des professionnels au repérage et au traitement de la douleur.	
6.2.17	Développer l'offre de stage pour les internes de médecine générale.	
Adapter nos offres de soins aux populations spécifiques :		
Personnes réfugiées & migrantes		
6.2.18	Réfléchir à la sensibilisation la plus pertinente pour se former à l'accueil des personnes migrantes (barrière culturelle / ethnopsychiatrie).	> Fiche PMS 3.7 > Quelques formations d'ethnopsychiatrie réalisées > EMPP formée sur l'accompagnement de personnes migrantes > Coallia volontaire pour travailler sur la formation relative à l'accueil du public migrant
Personnes suicidantes		
6.2.19	Structurer le plan de formation pluriannuel « crise suicidaire » en interne : > Niveau 3 (intervenants de crise) : AMP, APU, UAOP, UAEO / UEO, UF temps plein, CMP, CMPEA. > Niveau 2 (évaluation / orientation) : infirmiers, médecins, psychologues (CMP). > Niveau 1 (sentinelles) : professionnels non soignants. NB : à promouvoir en externe également.	> Cf. fiche PMS 3.2 « Renforcer la clinique des patients suicidants »
6.2.20	Sensibiliser les professionnels des unités temps plein et services d'accueil d'urgence aux dispositifs Vigilans / Clinique du Souci.	
Personnes placées sous main de justice		
6.2.21	Se former sur le contexte et les dispositifs juridiques (pour développer les compétences d'expertise judiciaire et en médecin coordonnateur).	> Fiche PMS 3.5 PPSMJ

6

Améliorer les connaissances et les pratiques par la recherche et la formation des professionnels



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
6.3.1	<p>Organiser la réflexion sur la psychothérapie institutionnelle dans l'Institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Mettre en place une journée avec retour d'expérience sur la psychothérapie institutionnelle. > Organiser la réflexion sur la PI à l'échelle de chaque dispositif de soins. > Déployer les analyses de pratique et temps de régulation. > Mettre en valeur les temps de psychothérapie institutionnelle. 	
Formation		
6.3.2	Promouvoir l'information et la formation sur la psychothérapie institutionnelle.	
6.3.3	Former l'ensemble des professionnels en contact avec les patients à la dynamique transférentielle.	
6.3.4	Valoriser la transmission des savoirs (s'appuyer sur les compétences déjà existantes au sein de la FBSM).	
Pratiques de coordination		
6.3.5	Maintenir les transmissions et synthèses hebdomadaires et redéfinir la fonction de chaque temps.	

FICHE PROJET

6.3

RENFORCER LA
PSYCHOTHÉRAPIE
INSTITUTIONNELLE

6

Améliorer les
connaissances et
les pratiques par
la recherche et
la formation des
professionnels



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
6.4.1	Définir une politique de l'innovation (stratégie, gouvernance).	
6.4.2	Formaliser le processus d'innovation et notamment le lien avec les sujets de recherche (fiche étude projet).	
6.4.3	Former à l'innovation.	
6.4.5	Oser l'expérimentation. Exemples : > Digitalisation : télémédecine, téléconsultation, outils de suivi des patients, applications numériques de support aux soins. > Nouveaux métiers (IPA, pair aidance) et impacts sur les organisations et l'offre de soins.	
6.4.6	Mener une réflexion institutionnelle sur l'impact des technologies de l'information et de la communication (TIC) au sein de nos services de soins (ex : page Facebook FBSM, applications d'e-santé mentale).	

FICHE PROJET

6.4

**EXPÉRIMENTER /
DÉVELOPPER
DES ORGANISATIONS
INNOVANTES**

7

Contribuer à la promotion de la santé mentale

FICHE PROJET

7.1

**S'IMPLIQUER
DANS LES SISIM
ET CLSM ET
CONTRIBUER
À LA MISE EN
PLACE D'UN
CLSM DANS
CHAQUE CLS**



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
7.1.1	Définir une politique d'information et de sensibilisation sur ce qu'est la prise en charge en psychiatrie.	
7.1.2	Cartographier les actions du territoire et s'appuyer sur nos partenaires pour y contribuer et en faire la promotion.	
7.1.3	Média / communication : > Communiquer via les réseaux sociaux (presse régionale, professionnels, grand public). > Articles de presse pour promouvoir le soin en psychiatrie, réalité vs idées reçues. > Communiquer annuellement auprès des IFSI et IFAS sur les priorités de la Fondation susceptibles d'impacter les pratiques des futurs infirmiers. > Lutter contre les stigmatisations avec des actions de prévention et d'information.	> SRS (obj 3) > Fiche PMS 5.1
Volet CLSM		
7.1.4	Favoriser notre implication dans la cité pour informer.	> FdR SM Action 3 > Actions des CLSM > Actions des ateliers santé ville
7.1.5	Poursuivre notre implication dans les CLSM et les lieux (conférence, cafés...) où l'on peut tenir un propos sur la santé mentale.	> Mémoire de Master « école de cadre »
7.1.6	Intégrer dans les projets de pôles, l'implication du pôle au sein des CLSM.	> PTSM Action711
7.1.7	Définir dans chaque pôle, un référent qui travaillera en lien avec le référent santé mentale de l'établissement.	> PTSM Action711
7.1.8	Sensibiliser les élus des EPCI à la pertinence du déploiement des CLSM.	> PTSM Action 712
Volet SISIM		
7.1.9	Développer des soirées d'information pour les partenaires.	> PTSM Actions 321, 323 > SISIM
7.1.10	Organiser des événements culturels au sein des sites de la Fondation (grand public) (journée du patrimoine, cycles de conférences).	> PTSM Actions 321, 323 > SISIM > Journée du patrimoine
7.1.11	Proposer des stages de découverte professionnelle (collège) au sein de la FBSM (Stage encadré sans contact avec les services de soins.) Proposer des stages d'immersions professionnelles croisées avec le médico-social.	> SISIM
7.1.12	Développer des « serious game » en lien avec la santé mentale, pour tout public (comment réagir dans le milieu familial ou amical ?) et d'autres pour les étudiants ASD-IDE-médecins (comment réagir dans telle ou telle situation ?).	> SRS (obj 4) > SISIM

7

Contribuer à la
promotion de la
santé mentale



ACTIONS PROPOSÉES

Réf. Actions	Actions	Lien avec d'autres travaux
Gouvernance / Moyens humains		
7.2.1	S'intégrer aux PSLA dans certains territoires et s'impliquer systématiquement dans les travaux des CPTS et PTA.	<ul style="list-style-type: none"> > FdR SM Action 3 > Actions des CLSM > Actions des ASV
7.2.2	Améliorer la lisibilité de l'offre de soin de la Fondation au travers de partenariats : <ul style="list-style-type: none"> > Maisons France Service. > IDE libéraux. > Participer aux temps d'échange du territoire (petits déjeuners de la Santé...). > Se rapprocher des réseaux normands (ETP, douleur...). 	<ul style="list-style-type: none"> > Actions PTSM 121, 122, 211
7.2.3	Développer la télémédecine / télé-expertise auprès : <ul style="list-style-type: none"> > des EHPAD. > des PSLA. 	<ul style="list-style-type: none"> > Fiche PMS 3.4 > Action PTSM 153
7.2.4	Engager un travail institutionnel sur le partenariat avec les infirmiers libéraux : <ul style="list-style-type: none"> > Construction d'un modèle de convention. > Traiter la question de la rémunération pour les temps de coordination. 	

FICHE PROJET

7.2

RENFORCER
LES LIENS DES
CMP AVEC LE
TERRITOIRE

Synthèse des grandes politiques publiques en lien avec la santé mentale mentionnées dans les fiches actions PMS



Stratégie / Politique / Schéma / Plan	Actions	Fiches projet PMS
	Action n°1 : Renforcer les compétences psychosociales	7.1
	Action n°2 : Développer des actions de prévention de la souffrance psychique au travail en ciblant prioritairement les professionnels de santé, en ville, et en établissements dont les dont les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)	7.1 7.2
	Action n°3 : Informer le grand public sur la santé mentale (lutter contre la stigmatisation)	7.1
	Action n°4 : Former les étudiants aux premiers secours en santé mentale	7.1
	Action n°5 : Mettre en place l'expérimentation «Ecoute' émoi» de l'organisation de repérage et prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans	2.1 3.3
	Action n°6 : Mettre à disposition des agences régionales de santé, un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide	3.2
	Action n°8 : Mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)	1.2 1.4 2.1 4.1 4.2
	Action n°9 : Mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)	1.1 1.2 1.4 2.1 3.1 4.1 4.2 7.2
	Action n°10 : Mobiliser les ressources en télémédecine	1.3 1.4 3.4 3.5 4.1 4.2 7.2
	Actions n° 11, 14 et 15 : Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques	1.3 3.8 4.1 4.2
	Action n° 12 : Mettre en place des parcours de soins coordonnés pour les personnes souffrant d'une pathologie mentale grave	1.4 2.1 4.1 4.2 7.2
	Action n° 13 : Élaborer des propositions pour le développement de la pédopsychiatrie de ville	2.1 3.3 3.8
	Action n°16 : Organiser au niveau régional une fonction de ressource et d'appui aux professionnels de proximité, pour améliorer les compétences des professionnels sur l'ensemble des territoires, et faciliter la continuité des parcours	1.2 2.1 6.2
	Action n°17 : Poursuivre l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles, ainsi que le développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés : Diffusion, sur un site dédié, des bonnes pratiques et données probantes, issues des travaux de la HAS, l'Anesm, l'Anap, ainsi que de travaux de recherche publiés Développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés	1.2 4.1 4.2
	Action n°18 : Développer une offre de réhabilitation psychosociale sur les territoires	3.8 4.1 4.2
	Action n°19 et 20 : Mettre en place une offre de soins spécialisée dans la prise en charge du psychotraumatisme et développer une formation spécifique	3.6
	Action n°21 : Améliorer la prise en charge des personnes détenues en détention par le lancement de la deuxième tranche des unités d'hospitalisation spécialement aménagées	3.5
	Action n°22 : Réduire le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention	5.1 5.2
	Action n°23 et 29 : Accroître le nombre de professionnels formés et favoriser l'évolution des professions sanitaires pour une meilleure complémentarité et continuité des parcours de soins	1.2 6.2
	Action n°30 : Développer la recherche en psychiatrie	6.1
	Action n°34 : Améliorer les dispositifs, actions et interventions par les pairs visant à l'inclusion des personnes dans la cité	3.8 4.1 4.2 5.3
	Action n°35 : Améliorer l'accompagnement des personnes vers et dans l'emploi	4.1 4.2 5.3
	Action n°36 : Améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné	4.1 4.2 5.3
	Action n°37 : Améliorer l'accompagnement médico-social des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, en situation de ruptures de parcours ou de non-recours	1.2

Synthèse des grandes politiques publiques en lien avec la santé mentale mentionnées dans les fiches actions PMS




Stratégie / Politique / Schéma / Plan	Actions	Fiches projet PMS 	
SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ (SRS) 2018-2023	N°1 Prévenir les pratiques addictives	2.1	
	N°3 Prévenir le mal-être et le suicide	2.1 3.2 7.1	
	N°4 Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé	2.1 7.1	
	N°5 Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de « bien vieillir »	2.1 3.2 3.4 7.2	
	N°6 Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé	1.3 3.1 3.4 3.8	
	N°8 Promouvoir un environnement favorable à la santé	6.1	
	N°11 Rendre l'utilisateur acteur de sa santé	1.3 3.1 4.1 4.2 5.3	
	N°10 Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables	3.2	
	N°12 Accompagner les aidants	3.3 5.3	
	N°13 Associer les usagers à l'amélioration du système de santé	5.3	
	N°14 Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits	5.3	
	N°15 Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé	1.3	
	N°16 Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité	1.2 1.3 2.1 3.8 4.1 4.2	
	N°17 Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité	1.1 1.2 2.1 3.4 3.8 4.1 4.2	
	N°18 Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante	4.1 4.2	
	N°19 Accompagner à l'accès et à la compréhension de l'information de santé	2.2 3.7	
	N°24 Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique : de la télémédecine à l'e-santé et notamment le développement de nouvelles applications en santé	2.1 3.4	
	PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS) 2018-2023	2. Développer la médiation en santé et l'interprétariat	1.3 3.7
		17. Aider les professionnels à mieux prendre en compte les situations complexes grâce aux dispositifs de coordination	1.3 3.1 3.7
20. Organiser l'examen et la résolution des situations les plus complexes cumulant problématiques sociales et de santé		3.1	
27. Prévenir les violences liées à la grossesse ou à la naissance, prévenir et prendre en charge les mutilations sexuelles féminines		3.6	
29. Développer une prise en charge concertée avec les acteurs institutionnels, associatifs et usagers sur les territoires prioritaires en politique de la ville et en zones rurales		3.3	
30. Consolider et harmoniser le fonctionnement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)		3.7	
31. Mieux articuler les PASS, les EMPP et les autres dispositifs		3.7	
32. Repositionner le réseau régional action psychiatrie précarité (rrapp)		3.7	
33. Diffuser et adapter les actions de prévention des maladies chroniques auprès des personnes en situation de précarité (tabac, alcool nutrition, activités physiques, qualité de l'air intérieur...)		3.1	
34. Poursuivre et amplifier la dynamique d'élaboration de programmes d'ETP vers les publics PRAPS		3.1 3.5 3.7	
35. Sensibiliser les médiateurs en santé et acteurs de première ligne sur l'intérêt de l'ETP dans les quartiers politiques de la ville et zones rurales prioritaires		7.1	
38. Intégrer ou relayer l'ETP dans les PASS		1.3 3.7	
48. Mieux connaître les besoins de santé des ppm détenues par une enquête auprès des entrants		3.5	
49. Développer la promotion de la santé		3.1 3.5	
50. Poursuivre l'amélioration des dépistages et repérages pour toutes les ppm	3.1 3.2 3.5		

Synthèse des grandes politiques publiques en lien avec la santé mentale mentionnées dans les fiches actions PMS



Stratégie / Politique / Schéma / Plan	Actions	Fiches projet PMS 
	51. Améliorer l'accès aux soins des ppm	3.1 3.5
	52. Organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesure de justice	3.1 3.5
	53. Favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie santé des ppm	3.1 3.5
	54. Rendre plus lisibles les différents statuts des personnes migrantes pour un accès à la santé	3.7
	55. Faciliter l'accès rapide des primo-arrivants à la santé par l'intermédiaire des PASS, des EMPP et des centres d'examen de santé	3.7
	56. Améliorer l'accès à la santé des personnes primo-arrivantes et issues de l'immigration	3.7
	57. Poursuivre, après évaluation, les actions de promotion de la santé et prévention de la perte d'autonomie dans les foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales	3.7
	62. Promouvoir la démarche de réduction des risques dans le cadre des interventions	3.1 3.7
	63. Favoriser la promotion, l'éducation pour la santé et l'accès au dépistage (VIH, IST, hépatites, cancers)	3.1 3.7
	111. Communiquer sur la charte des droits et libertés des personnes accueillies et engager une réflexion collective usagers / professionnels sur les conditions d'accueil et de réponse aux personnes en grandes difficultés pour qu'elles soient accueillies dans de meilleures conditions	2.2 5.3
	121 : S'appuyer sur les services d'information de proximité pour mieux informer et orienter les publics et les sensibiliser au repérage de la fragilité (Maison France Service)	2.1 2.2 7.2
	122. Structurer et formaliser les relations établissements de santé / infirmiers libéraux, valoriser les actes « surveillance de traitement » et « entretien infirmier »	1.2 7.2
	123. Prévenir les risques de rupture de parcours de vie pour les usagers de 18/25 ans et le passage actif / retraité	1.1
124. Contribuer et travailler en collaboration avec les CPTS et intégrer le volet santé mentale dans les projets de santé des structures de santé coordonnées (PSLA, MSP, CPTS) et structurer la collaboration	1.2 7.2	
125. Développer la coordination des parcours de soins en santé mentale pluridisciplinaire : > Par un soignant coordinateur (ex de l'Appui Santé et des gestionnaires de cas) > Entre les secteurs d'hospitalisation psychiatrique et les autres établissements pour des séjours de très courtes durées préventifs et curatifs > Par la définition et l'adaptation des protocoles d'hospitalisation en fonction des situations : crises, durée d'attente aux urgences, porte d'entrée, fonctionnement dépendant des relations interpersonnelles	1.2 1.4	
131. Organiser la prise en charge, le suivi de la situation de crise au travers : > De la création de lits de post-urgence > De l'organisation de la gestion des crises au niveau des CMP adulte par une équipe dédiée en lien avec les lits d'urgence et au niveau des services de gérontopsychiatrie > De l'identification de créneaux horaires dédiés aux professionnels pour prévenir une situation de crise (consultation, conseil, orientation, ...) sur le département. > De la formalisation de la convention cadre départementale « urgence psychiatrique »	1.1 1.4 3.3 3.8	
141. Evaluer et promouvoir les dispositifs existants en matière de repérage précoce et prévention des troubles « externalisés » de l'enfant et de l'adolescent (PMI, école primaire, psychologue, assistante sociale et infirmière scolaire)	1.1 3.3 3.8	
142. Renforcer l'activité de liaison portée par les CMP enfant adolescent sur les services de pédiatrie sur toute la Manche	1.1 3.3	
143. Contractualiser un accompagnement co-responsable entre les services de l'ASE, la MADDO, les services hospitaliers et les établissements médicosociaux pour optimiser le parcours de vie du jeune : > De la création lits de pédopsychiatrie > De l'organisation de la gestion des crises au niveau des CMP par une équipe dédiée en lien avec les lits de pédiatrie > Le recours aux structures régionales : UCHA	1.1 1.4 3.3 3.8	
144. Proposer un dispositif gradué et adapté de réponse pour la prise en charge des situations complexes (mineurs) associant les établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux	1.1 1.4 3.3 3.4 3.8	
151. Déployer des unités spécifiques et adaptés au public : géronto-psychiatrie, pédopsychiatrie, les unités UCC	3.3 3.4	
153. Développer et favoriser l'accès la télémédecine, la télé-expertise et les téléconsultations sur le territoire (en cabinets libéraux et dans les établissements de santé et médicosociaux) et favoriser le recours à la visioconférence	1.2 2.2 7.2	
154. Faciliter l'accès aux soins : remboursement des consultations libérales psychologue, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, socio-esthéticienne	2.1	

Actions	Fiches projet PMS 
155. Faciliter l'accès aux soins en améliorant l'accès aux transports	1.3 4.1 4.2 5.3
156. Optimiser les places existantes des dispositifs d'accompagnement individuel à domicile (ex : SAMSAH, SAVS, alternative au domicile)	1.2 1.4
157. Déployer le modèle « visite longue » actuellement mis en place pour les avec maladie neurodégénérative (évaluation somatique, sociale, environnementale, coordination du parcours) pour les autres pathologies psychiatriques et addictologie déclarées en ALD	1.3 3.1
158. Développer et déployer les équipes mobiles sur le département : précarité exclusion, adolescents (information formation, évaluation, prévention, suivi d'hospitalisation)	1.2 1.4 3.1 3.3 3.4 3.7 7.2
161. Mettre en action le dispositif Vigilans sur l'ensemble de la Manche et intégrer le public des adolescents	3.2 3.3
162. Développer les actions de prévention du suicide et de repérage de la crise suicidaire : poursuivre et amplifier les formations à la prévention du suicide (3 niveaux)	3.2
211. Faire la promotion des réunions d'information du territoire (MDA, CDAPH, SIAO, travailleurs sociaux, professionnels de santé) : > SIAO : réunions d'information organisée par la direction départementale de la cohésion sociale > MDA : source d'information sur les dispositifs d'accueil du territoire > UNAFAM : information sur les dispositifs d'accueil des personnes en souffrance psychique, à possibilité de soutien aux familles, sur les actions du RSVA auprès des professionnels de santé libéraux	1.2 4.1 4.2 7.2
221. Elaborer un annuaire collaboratif sur un portail internet avec un onglet dédié aux professionnels et un autre dédié aux usagers, avec une porte d'entrée locale et une autre par spécialité avec mise à jour de l'annuaire par les acteurs > Diffuser l'outil (plaquette d'information) dans tous les lieux ouverts au grand public pour les personnes n'ayant pas d'accès à internet > Valoriser les outils existants (MAIA, MADO, UNAFAM, dispositifs de l'addictologie, ...)	1.2 3.1 4.1 4.2
323. Valoriser les actions locales en faveur de la lutte contre la stigmatisation	7.1
411. Former les professionnels à la réhabilitation psychosociale : évaluation neuropsychiatrique, approches cognitives et cognitivo-comportementales, éducation thérapeutique	4.1 4.2 6.2
412. Développer des outils d'évaluation partagés et un socle de formation communs pour être en mesure de faire une évaluation contextuelle et environnementale de la personne accompagnée	4.1 4.2 6.2
413. Organiser des actions de sensibilisation / formation sur les thématiques suivantes : la dé-prescription, l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé le handicap psychique : autonomie, accès aux soins	1.2 1.3 6.2
421. Développer les formations au repérage et diagnostic précoce pour les professionnels (enseignants, ATSEM, ASMAT, famille d'accueil, CCAS, personnel des services pénitenciers, ...) par public (enfant / adolescents) et les formations au diagnostic pour les médecins généralistes, pédiatres, ...	3.5
422. Rendre accessible à tous (travailleurs, sociaux, enseignants, ...) et adapter la formation type « Vulgarisation de la psychiatrie » (CERFOS FBS MANCHE) et formation « Introduction à la psychiatrie pour les non-soignants » (CH Estran), intégrant des volets droit des usagers / respect des libertés individuelles / soins sans consentement en fonction du public ciblé	1.2 5.1 5.2 6.2
423. Organiser des actions de sensibilisation / formation sur les thématiques suivantes : la dé-prescription, l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé le handicap psychique : autonomie, accès aux soins	4.1 4.2 6.2
424. Créer un module commun « santé mentale » entre les formations des professionnels de santé, les travailleurs sociaux (partage, connaissance), enseignants, ...	1.2
425. Développer les stages d'immersion croisés pour les professionnels entre les établissements	1.2 4.1 4.2 6.2
611. Développer l'appropriation du DMP (création et alimentation) et promouvoir son utilisation auprès des usagers et des institutions	1.2
612. Encourager les professionnels de l'accompagnement à domicile à utiliser la plateforme régionale de télémédecine THERAP-e en complément du DMP	1.2
613. Encourager les professionnels de santé à l'utilisation de la plateforme ENTR'ACTE	1.2
621. Créer une instance départementale transversale au sanitaire, médicosocial, social et éducation nationale de réflexion sur la coordination des parcours et d'adaptation de l'offre quel que soit le public	1.2 1.4 4.1 4.2
711. Interroger la pertinence des découpages des territoires CLSM	7.1
712. Inciter au développement et à la promotion des CLSM auprès des élus	7.1
811. Créer une instance dédiée aux familles d'accueil (tous âges) avec pour missions : > La promotion du métier d'accueillants familiaux > Le renforcement de la professionnalisation > L'accompagnement des professionnels dans l'accueil d'usagers avec des troubles psychiatriques (formations, pair-aidance, soutien par les professionnels de la santé mentale, dispositif de répit)	1.2
812. Renforcer les moyens humains de l'accueil familial dans le secteur de l'enfance avec un accompagnement au quotidien de l'accueillant familial et de sa famille et une formation adaptée	1.2 1.4
911. Faire la promotion des GEM à l'échelle du département	4.1 4.2 5.3
912. Développer et promouvoir des dispositifs existants de soutien aux aidants (programme pro-famille, soutien à la parentalité, ...)	3.1
913. Mettre en place un groupe de réflexion sur le soutien à la parentalité au niveau du département	5.3
914. Développer les dispositifs de répit pour les aidants	3.8



audacieuse pour mieux servir

65 Rue de Baltimore - 50000 Saint-Lô - 02 33 77 77 77
www.fbs50.fr