PROJET D'ETABLISSEMENT

LES AXES D'AMELIORATION, LES ACTIONS A ENTREPRENDRE ISSUS DU TRAVAIL EN ATELIERS THEMATIQUES

Sommaire

ATELIER : FILIERE GERIATRIQUE 6
LES AXES DE REFLEXION 6
Axe 1 : Réflexion sur les modes d'hospitalisation des résidents d'EHPAD et relevant de soins palliatifs 6
Axe 2 : Redéfinir les éléments de coopération avec le C.H.Guillaume Régnier (hôpital psychiatrique de référence) 7
Axe 3 : Définir avec les établissements proches concernés dans le cadre de la filière gériatrique un projet Alzheimer de territoire 8
Axe 4 : Redéfinir le travail de coopération avec les institutions du territoire 9
Axe 5 : La diversification de l'offre de prise en soins et d'hébergement 9
a) L'Accueil de nuit 10
b) Accueil temporaire 10
Tableau : Les différentes finalités de l'hébergement temporaire en 2012 11
c) Accueil de jour 12
d) Le projet Alzheimer : poursuivre et enrichir le projet l'Ancre. 13
Définir un projet d'Unité d'hébergement Renforcée, recours pour les nombreux EHPAD du secteur et bénéficiant des acquis d'expérience et de compétences de l'Ancre 14
5) CONCLUSIONS 14
ATELIER : LE SERVICE DE MEDECINE DE L'ETABLISSEMENT 14
TROIS ORIENTATIONS STRATEGIQUES 16
La qualité des soins de médecine par une organisation des ressources en interne 15
Maintenir la synergie entre les médecins libéraux et l'hôpital 16
Organiser , optimiser le fonctionnement du service de médecine : renforcer les liens médecin- équipes soignante non médicale 16
Garantir une approche globale 16
Répondre à l'exigence de la continuité et de la permanence des Soins : 16
Objectiver l'engagement des médecins libéraux volontaires vers des tâches d'intérêts collectifs et forfaitiser des rémunérations adaptées par des statuts d'attaché à temps partiel et/ou des vacations. 16
Valider la technicité des actes qui ne se font pas en médecine de ville 17
La qualité des soins de médecine par le développement de l'accès à des ressources extérieures permettant d'accroitre la densité médicale des séjours de médecine 17
S'intégrer dans la filière personnes âgées (PA) du territoire de santé 16
Garantir par des conventions l'accès aux éléments de diagnostic 18
Organiser l'accès à des ressources spécialisées 18
Organiser l'équipe médicale de médecine en la constituant de médecins généralistes autorisés et de médecins hospitaliers à temps partagés 18
L'Hôpital de proximité : promoteur de santé sur son territoire en fixant une population de médecins généralistes et de paramédicaux libéraux 18
Les axes d'améliorations : 19
Optimiser le parcours de soin et la qualité de la prise en charge médicale (politique d'EPP) 19
L'établissement dans la filière d'établissement comme aval des urgences (Fougères, Rennes) 20
Une organisation performante et plus ouverte sur les professionnels de santé libéraux 20
Organiser la prise en charge des soins palliatifs 21

Adapter le système d'information et en améliorer les usages 21
ATELIER : L'ACTIVITE DE REEDUCATION DANS L'ETABLISSEMENT 22
Axe 1) Consolider le service de rééducation par un travail de coopération avec les établissements public du territoire de santé en rééducation (CHU et Redon) 22
Créer une équipe mobile de rééducation 24
Protocoliser le parcours d'un patient entre le Centre Hospitalier Universitaire et les structures de MPR. 24
Développer des spécialisations dans les établissements : 24
Augmenter la ressource en médecins rééducateurs 24
Diversifier les lieux de stages (notamment pour les kinésithérapeutes). 24
Axe 2) Mieux intégrer le service de rééducation 24
Axe 3) L'adaptation des locaux pour une meilleure qualité 25
Etat des lieux de l'architecture actuelle 25
- la future implantation 26
Axe 4) l'organisation du travail entre médecins, ... 27
ATELIER : L'HOPITAL LOCAL ET LA PREVENTION, L'HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE 28
Mieux travailler ensemble 28
Promouvoir la prévention dans l'établissement et sur le territoire 28
La promotion de la santé est une mission de l'hôpital 28
Promouvoir la prévention au niveau local 29
Pour promouvoir la prévention à un niveau local 5 stratégies peuvent être mises en *œuvre :* 29
Quels points à renforcer ? 29
Développer le système d'information et d'observation 29
Décloisonner les acteurs 30
Développer la participation citoyenne 30
Développer une démarche qualité dans le champ de la prévention 30
Mobiliser les acteurs du système local de santé 30
Les objectifs et les actions définies dans le groupe de travail 30
Les projets déjà avancés : 31
La mise en place d'une « maison de la prévention et des réseaux » sur le site de St Brice en Coglès. 31
LE PROJET MEDICO-SOCIAL : PROJET DE VIE , PROJET DE SOIN 35
Un objectif stratégique : S'organiser autour de la démarche de bientraitance "Humanitude" 35
Former l'ensemble du personnel 35
L'organisation du temps de travail et des staffs 36
L'architecture au service de l'accompagnement 36
« L'accompagnement du résident se fait au détriment du ménage de la chambre » 36
C'est en effet un espace construit comme un lieu de vie et pas comme un hôpital : 37
Développer l'évaluation et la démarche qualité 376
Des objectifs opérationnels 37
L'accueil (Antrain) 37
Création d'un pré-accueil 38
La personnalisation de l'accueil 37
L'évaluation de l'accueil 37
Réussir l'intégration des résidents (Saint-Brice) 38

Mesurer la satisfaction des résidents et des familles (Antrain et St Brice) 38
Favoriser la vie sociale (Antrain) 39
L'infirmière (IDE) garante et au service de l'intégration du projet de soins dans le projet de vie 39
La restauration temps fort de la vie des résidents (Antrain et St Brice) 40
LISTE DES THEMES ET DES ACTIONS 40
ATELIER RESSOURCES HUMAINES 63
Un management par le projet partagé 63
La satisfaction des personnels comme moyen et objectif 63
Axe 1 : gestion des compétences du personnel *63*
Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et compétences 63
Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants 64
Gérer les remplacements classiques ou d'urgence 65
Adapter les effectifs à la variation de l'activité 65
Emploi précaire Travailleurs handicapés 65
Evaluation et formation: un entretien unique 66
Axe 2 : Améliorer la qualité de vie au travail *66*
Mettre en place une méthode d'enquête de satisfaction 67
Limiter le stress et éviter l'épuisement professionnel 67
Axe 3 : La formation outil de qualité et de motivation *67*
Appliquer la démarche qualité à la formation et adapter les axes de formation à la démarche qualité 68
REPARTITIONS DES RESSOURCES DE FORMATION DE 2010 A 2014 70
Former les agentns de service hospitaliers (ASH) 72
Former les personnes en contrats aidés (CUI-CAE) 72
Formation des contractuels et des nouveaux arrivants 72
Développer la formation promotionnelle 72
Axe 4 : Mieux se connaître pour plus de cohérence et de cohésion, faire système. 72
Liste des thèmes et aspirations du groupe Ressources humaines 73
Thème 5 : Le pilotage de l'établissement 90
Axe 1 : le pilotage par la qualité 91
Le pilotage par la qualité 91
Organiser la fonction : définition du champ et recrutement du personnel 92
Diffuser la culture qualité : En formant tout le personnel à la démarche qualité 92
Axe 2 : le pilotage par la responsabilité 92
Appliquer le cadre de la loi HPST 91
Permettre aux pôles de fonctionner 92
Pilotage opérationnel des services et des unités 92
Dynamiser le Conseil de vie sociale (CVS). 92
Axe 3 : le contrôle de gestion 92
Réorganiser la fonction contrôle de gestion et décentraliser 93
Mettre en place des tableaux de bord 92
Axe 4 : Indicateurs, système d'information et pilotage 94
Des Indicateurs et de l'aide à la décision 94
Pilotage et organisation 94
Informatique 94
Annexe : Proposition de tableaux de bords de pilotage 95
LE PROJET LOGISTIQUE ET ARCHITECTURAL 99
Optimisation des moyens de production 99
Thème 1 : La construction d'un nouveau bâtiment pour la rééducation 100

Thème 2 : La pharmacie commune 104
Thème 3 : cuisine et restauration 105
Thème 4 : Le magasin 107
Thème 5 : L'archivage 107
Thème 6 : Gestion des déchets 109

LA METHODE POUR METTRE EN ŒUVRE LE PROJET 111

LES ANNEXES 115

ATELIER : FILIERE GERIATRIQUE

LES AXES DE REFLEXION

Les hôpitaux locaux sont de part la nature de leur offre et leur répartition territoriale, les maillons de proximité indispensables, d'une trajectoire de soins de nos concitoyens âgés, autant pour l'hébergement que pour la prise en soin médicale et plus spécifiquement géronto-psychiatrique.
Ils sont dans la filière gériatrique « à la croisée » des trajectoires :
- porte d'entrée dans la filière gériatrique lors d'une hospitalisation ;
- relais d'hospitalisation pour les EHPAD, lorsqu'un résident requiert des soins et une surveillance plus spécifique ;
- relais des hôpitaux généraux ou psychiatriques dans le « post diagnostic ».

Le groupe de travail « Filière gériatrique » à discerné 4 axes de progression des établissements pour les prochaines années :

- L'hospitalisation des résidents d'EHPAD et la prise en charge des soins palliatifs.

- La coopération avec le C.H. Guillaume Régnier (hôpital psychiatrique de référence).

- Le travail de coopération avec les institutions du territoire ; en amont avec le C.H. de Fougères (Hôpital de référence) et en aval avec les différents EHPAD.

- La diversification de l'offre de prise en soins et d'hébergement : accueil de jour, de nuit, temporaire en regard de l'offre sur le territoire. Relais de prise en soins post unité Alzheimer (l'Ancre).

Axe 1 *: Réflexion sur les modes d'hospitalisation des résidents d'EHPAD et relevant de soins palliatifs*

Le groupe s'est interrogé sur la limite de la prise en soins en EHPAD, sur la décision d'hospitalisation des résidents en service de Médecine et sur les conditions de recours à un «mode » de prise en charge en soins palliatifs.

Dans le cadre de ces réflexions, il est apparu nécessaire de distinguer les situations relevant d'un problème médical aigu de celle relavant d'une fin de vie.

Le problème médical aigu est un événement qui nécessite une surveillance pluri quotidienne par l'équipe IDE notamment, et entraîne une hospitalisation en service de médecine.
Le choix entre une admission en médecine sur le site ou une admission en médecine dans un CH est une décision médicale qui doit faire l'objet d'une discussion-concertation avec l'équipe présente au moment de la décision.

Au préalable, cela suppose une coordination médicale (protocoles, conduites à tenir) qui permettent de suivre le même cheminement quelque soit le médecin, quelque soit le soignant.

La fin de vie

L'accompagnement de fin de vie signifie plus de soins différents pour un meilleur confort du résident et de sa famille, la première mesure concrète dans ce cadre est **la formation.**

Axe 2 : Redéfinir les éléments de coopération avec le C.H.Guillaume Régnier (hôpital psychiatrique de référence)

Le Docteur Jérôme Pellerin, service de psychiatrie du sujet âgé, Hôpital Charles Foix-Ivry-sur-Seine, dans un article écrivait :

« La description du dispositif de soins pour les personnes âgées souffrant de troubles mentaux commence par deux considérations générales :

D'une part, ce dispositif est encore très embryonnaire et peu structuré. Les psychiatres qui s'intéressent à cette pratique sont rares. Leur pratique n'est pas homogène et cette diversité est parfois difficile à comprendre pour les praticiens gériatres et pour les tutelles.

D'autre part, la souffrance mentale du sujet âgé est difficile à concevoir car elle renvoie chacun à des interrogations fondamentales. »

En collaboration avec les représentants du CHGR, il nous a semblé important de repréciser les conditions particulières à la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance, avec troubles cognitifs (dans le cadre d'un SSR).

Le C.H.G.R. peut s'investir auprès d'acteurs de proximité :
- par la mise en place de lit d'aval ;
- par la possibilité d'apporter sa compétence psychiatrique ;
- par la possibilité d'offrir un recours de consultations programmées ;
- en donnant des renseignements téléphoniques, par le médecin psychiatre d'astreinte, par l'éventualité de passage d'infirmièr(e)s spécialisé(e)s.

Le problème majeur est la disponibilité des ressources humaines qui font défaut pour partie.
Cette démarche doit être combinée avec la volonté de structurer dans le territoire de proximité la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées. C'est cet effort de structuration qui conduit à la décision de déplacer l'unité Ancre d'Antrain vers Saint Brice.

Mieux exploiter les liens existants

- Mise en place de deux temps annuels de rencontre avec le médecin psychiatre intervenant chaque mois dans les établissements, accompagné du cadre du CHGR d'une part et d'autre part le cadre supérieur d'Antrain/St Brice, le médecin gériatre et la direction.
- Diffuser en interne les supports d'information sur les services du CHGR dans le territoire et co-organiser avec lui une réunion d'information territoriale (périmètre à déterminer avec le CHGR).

- Associer à ces démarches les acteurs déjà concernés (le CH de Fougères et l'EHPAD de Tremblay par exemple).
- En relation avec le CHGR, augmenter le périmètre d'intervention d'Antrain/St Brice pour les résidents concernés par une problématique psychiatrique en vue de la mise en place d'une structure spécifique de prise en charge (structure de recours).
- Définir la population cible.
- Définir les structures et les ressources nécessaires (existantes et à créer) en optimisant les ressources affectées, notamment celle du CHGR (solliciter mieux mais pas plus).

Axe 3 *: Définir avec les établissements proches concernés dans le cadre de la filière gériatrique un projet Alzheimer de territoire*

Un bilan des prises en soins locales actuelles doit être établi.
La Commission de territoire pour l'orientation des personnes âgées qui ne peuvent rester au domicile sera le lieu de la réflexion pour coordonner les prises en soins en établissement en lien avec l'action au domicile, puisque cette commission sera gérée par le réseau Partâge.
Le besoin actuel apparaît pour l'heure centré sur les personnes perturbantes avec nécessité d'un bilan, voire d'un suivi psychiatrique. Le tableau suivant tente de présenter la place des établissements d'Antrain et St-Brice dans ce segment de l'accueil en EHPAD (les zones en bleu sont celles où les établissements d'Antrain et St-Brice estiment pouvoir se positionner).

La place des hôpitaux d'Antrain/Saint Brice dans la filière d'hébergement gériatrique

<table>
<tr><td colspan="3">Prise en soins des patients Alzheimer</td><td colspan="2">Prise en soins des patients psychiatriques</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ancre
Personnes autonomes à un stade modéré de la pathologie
Post Ancre</td><td>Les patients psychiatriques extérieurs</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Perte totale d'autonomie physique et cognitive</td><td rowspan="3">Perte totale d'autonomie physique et maintien de certaines capacités cognitives</td><td>Maintien de certaines capacités physiques et perte totale d'autonomie cognitives</td><td>Patients psychiatriques concernés par une dégénérescence sénile</td><td rowspan="3">Nos patients atteints de troubles légers</td></tr>
<tr><td colspan="2">gérontopsychiatrie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Bilan psychiatrique
Projet thérapeutique spécifiquement UCC-UHR</td></tr>
<tr><td>Projet EHPAD spécifique : assurer le confort physique de la personne et la sérénité de son entourage</td><td>Projet EHPAD spécifique : assurer le confort physique de la personne et garantir un projet personnalisé et la sérénité de son entourage</td><td colspan="2">Projet de vie EHPAD et thérapeutique partagé en convention avec le CHU (UCC[1]) CHGR voir le CRG[2]
Comme aval des UCC, UHR et prises en charge psychiatriques des personnes âgées :
....</td><td>Consultations
Suivi psychiatrique
Accueil d'urgence
Formation des acteurs ASB</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Consultations - Suivi psychiatrique - Accueil d'urgence - Formation des acteurs ASB</td><td></td></tr>
</table>

<u>Les actions :</u>

- Rencontrer les acteurs du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (directeur ou adjoint, médecin et cadre de santé) pour définir les modes de coopération et passer convention.

- Constituer la commission de territoire comme le lieu de la réflexion sur la « filière Alzheimer » locale.

- Garder la cohérence des travaux du PMT santé mentale et de la filière gériatrique du territoire 5.

- Déplacer l'unité dans son fonctionnement actuel dans les Hameaux du Coglais pour favoriser une meilleure insertion dans le territoire (2 unités dans le canton d'Antrain, aucune dans le canton de St-Brice).

- Créer un projet post-Ancre pour un projet de vie de qualité en sortie de l'Ancre. (Proposer un accompagnement adapté aux personnes présentant des troubles du comportement et ne pouvant être accueillies en unité pour personnes âgées désorientées et pour les personnes ne relevant plus de

[1] Unité cognitivo-comportmentale
[2] Centre régional de gériatrie de Chantepie

ces unités pour personnes âgées désorientées (critères de sortie – relais post-Ancre)

Axe 4 : Redéfinir le travail de coopération avec les institutions du territoire

En amont avec le C.H. de Fougères (Hôpital de référence) et en aval avec les différents EHPAD (relais d'hospitalisation de proximité), création d'une « maison de la prévention et des réseaux ».

Travail de coopération avec C.H. Fougères
Le travail de coopération avec le C.H. de Fougères est évidemment plus large que sur la filière gériatrique seule.
Pour ce qui concerne la filière gériatrique, le directeur du C.H. Fougères, Patrice Ablain, propose un comité de réflexion qui permettra de mettre en perspective nos collaborations, dans le cadre des urgences, en médecine, imagerie et filière gériatrique.

Travail de coopération en aval avec les EHPAD du secteur
Les contacts avec les EHPAD du territoire d'influence des hôpitaux d'Antrain-Saint Brice sont anciens mais insuffisamment structurant.
Dans le cadre du réseau Partâge, sept établissements ont déjà mis en commun leur support de dossier d'admission.
Une proposition de participation à la CMAO (Commission Médicale d'Accueil et d'Orientation) a été faite, afin de mettre en commun l'examen des dossiers d'admissions et la répartition des disponibilités de places en fonction des spécificités d'accueil de chaque établissement. Les EHPAD de Tremblay et St Georges de Reintembault ont répondu favorablement à cette offre.
Dans l'éventualité de la création de SSR, avec unité de géronto-psychiatrie, ce service pourrait être un relais d'hospitalisation, de proximité, pour la prise en soins des troubles comportementaux des résidents d'EHPAD.

Axe 5 : La diversification de l'offre de prise en soins et d'hébergement

Accueil de nuit, accueil temporaire et de jour : quelle est la pertinence de ces Accueils, quels types de spécificités ? Comment organiser un relais « post-Ancre » ?

a) Accueil de nuit

L'accueil de nuit correspond à un besoin sur le territoire. Son objectif est de permettre à la personne de rester à son domicile en journée et de se sentir en sécurité la nuit.

Deux types d'accueil de nuit sont à distinguer :
- L'accueil de nuit pour personnes désorientées pour proposer un répit à l'aidant, il est proposé de créer 1 place sur le service « Ancre ».

- L'accueil de nuit pour personnes se sentant en insécurité à leur domicile (peur d'être seule, crainte de chuter) et qui nécessitent de l'aide pour se lever la nuit (proposer un répit à l'aidant). Le nombre exact de places d'accueil de nuit dans ce cadre reste à définir.

Les caractéristiques et l'organisation de l'accueil de nuit :

- Importance d'un lieu spécifique : unité entière sur La Loysance dédiée à l'accueil temporaire (temporaire / jour / nuit).
- Les 25 lits des 2 maisonnées de 12 et 13 lits permettent une flexibilité importante. Les lits d'accueils de nuit pouvant être utilisés pour l'accueil de jour.
- L'accueil est ouvert 7 nuits/7. Possibilité de choisir le nombre de nuits par semaine.
- Accompagnements temporaires ou permanents.
- Adaptation des horaires en fonction des saisons : hiver vers 17h30-18h pour le repas été après le repas.

Déroulement du séjour :

- Accueil vers 19h-20h (après le repas).
- Aide au coucher, il faudra donc augmenter le nombre de personnel à cet horaire.
- Nuit : 21h30 – 7h
- Accompagnement par équipe de nuit, qui implique une augmentation du nombre de personnel à cet horaire.
- Petit-déjeuner / aide à la toilette.
- La question du transport est primordiale pour aller chercher et ramener les personnes à leur domicile : un dossier de prise en charge à monter (cf. Conseil Général).

Actions à prévoir : Prendre contact avec différents sites proposant l'accueil de nuit (Mortain, projet EHPAD de Louvigné du Désert).

b) Accueil temporaire

L'objectif de l'accueil temporaire est d'offrir un accompagnement au quotidien pour :

- rompre avec une solitude, un isolement,
- retrouver une autonomie suite à un problème médical,
- être accueilli avant une entrée en institution,
- être accueilli le temps de l'absence de l'aidant,
- permettre un temps de répit à l'aidant.

A St Brice - service d'accueil temporaire : augmenter le nombre de places de 2 (passer de 13 à 15 places) - périodes d'hiver et d'été complètes.
Antrain - Loysance : officialiser l'accueil temporaire (12 places).
Localiser les capacités en un lieu spécifique : une unité entière soit une maisonnée de 12 places sur La Loysance dédiée à l'accueil temporaire (jour/nuit).
Antrain dans le bâtiment de l'Ancre : passer de une à deux places.

Tableau : Les différentes finalités de l'hébergement temporaire en 2012

PROJET 2012		St Brice				Antrain			
		lieu	nb	tarif	spécificité de l'accueil	lieu	nb	tarif	spécificité de l'accueil
sas entrée en hébergement si attente logement choisi		HDC 3	5	tarif hébgt permanent + 1 mois de préavis	préparation à l'entrée, temps d'accueil et de découverte mutuelle				
Soutien au domicile		HDC 3	10	tarif accueil temporaire	temps d'observation et si besoin de mise en œuvre d'action pour favoriser le maintien au domicile	Loysance	2	tarif accueil temporaire	temps d'observation et si besoin de mise en œuvre d'action pour favoriser le maintien au domicile. Pas de lit identifié et limité au canton d'Antrain
suite hospitalisation	interne					PSG	3	forfait journalier x 2 limité à 3 semaines	préparation à la sortie lorsque le temps SSR a été insuffisant et que l'approche sanitaire n'est plus justifiée
	CH Foug., CHU, CHGR	HDC 3	5	tarif accueil temporaire	démarches d'orientation				
Accueil imprévu et/ou d'urgence complexe		HDC 3	1	tarif accueil temporaire	accueil d'urgence. Réassurance et analyse de la situation en vue orientation				
hébergement d'attente autre EHPAD		HDC 3	3	tarif accueil temporaire	si possible, en relation avec établissement d'accueil, préparer l'entrée (convention et procédure type Partâge)				
TOTAUX			24				5		

Afin de permettre le choix du logement et du moment de l'entrée en EHPAD, il est proposé que, dans une zone organisée à cette fin, l'hébergement temporaire devienne le mode d'entrée normal dans les Hameaux du Coglais (HDC).

De plus, cette organisation par pallier confère une dimension moins définitive à l'entrée (accueil temporaire, puis admission pérenne). La signature du contrat d'hébergement au long cours sera plus progressivement et mieux préparé (sur place pour découvrir et s'habituer à la structure). Organisé dans ce but, la structure d'accueil temporaire de Saint Brice accueille également les personnes hospitalisées ou arrivées aux urgences des CH, CHU ou CH spécialisés qui ne relèvent pas ou plus d'une approche sanitaire mais dont le retour au domicile

n'est pas possible dans l'immédiat (éviter le maintien dans des lits hospitaliers pour la seule raison de l'isolement au domicile, situation qui se rencontre dans les services d'urgence, *cf.* les débats du PMT).

Organisé dans ce but, la structure d'accueil temporaire de Saint Brice reçoit également les personnes arrivant directement du domicile qui ne relèvent pas approche sanitaire et qui ont besoin d'un hébergement immédiat.

Au sein du Pôle Sanitaire Gérontologique, un séjour sanitaire devenu injustifié est remplacé par un hébergement (adéquation des séjours hospitaliers) sans pénaliser le patient/résident.

Au sein du PSG, un accueil spécialisé dans les situations de crise (Alzheimer) permet de rasséréner et calmer la personne, établir un projet et orienter.

c) Accueil de jour

3 types d'accueil de jour peuvent être distingués :

L'accueil de jour pour personnes désorientées
Sa finalité est de proposer un accompagnement spécifique aux personnes accueillies et permettre un temps de répit pour l'aidant.
Il faudrait créer 2 à 3 places sur le service « Ancre » pour répondre aux besoins sur le territoire en plus des accueils de jour de Tremblay et Bazouges.

L'accueil de jour interne pour personnes présentant des troubles du comportement (EHPAD St Brice)
Cf. EHPAD St Cyr à Rennes : accueil de jour pour personnes extérieures et « la Pergola », accueil interne pour les résidents (sa directrice, le Dr Irène Sipos)
Cf. EHPAD Villedieu les Poëlles (Manche) : 10 places d'accueil de jour (5 interne / 5 externe)
Cf. Projet Accueil de jour (Philippe Crône est responsable animation en EHPAD, responsable d'un accueil de jour)

L'accueil de jour pour personnes isolées à domicile en perte de liens sociaux type « club du 4ème âge »

Proposer un temps régulier de rencontres, d'échanges sur le mode des clubs (pour les personnes qui ne trouvent plus leur place dans les clubs du 3ème âge - état de santé plus fragile, handicap physique, inconfort lié au nombre, au regard des autres, pour les personnes souffrant de solitude, etc).
Elargir aux personnes en début de démence (personnes non dépendantes mais nécessitant une présence, un accompagnement).
Accueil ouvert 7 jours/7. Nombre de places à définir.
Possibilité de nursing.
Accompagnement et animation par animateur.
Le transport peut être pris en charge par APA : remboursement kilométrique lorsque la personne se rend sur place avec ses propres moyens ou temps d'AVS pour le transport (frais kilométriques à la charge de la personne).
Cf. ADMR : animation une fois par trimestre environ (animations dans salles communales du canton).

d) Le projet Alzheimer : poursuivre et enrichir le projet l'Ancre

Déplacer l'unité dans son fonctionnement actuel dans les Hameaux du Coglais pour favoriser une meilleure insertion dans le territoire (2 unités dans le canton d'Antrain, aucune dans le canton de St Brice).
Comment accueillir et proposer un accompagnement adapté aux personnes présentant des troubles du comportement et ne pouvant être accueillies en unité pour personnes âgées désorientées et pour les personnes ne relevant plus de ces unités pour personnes âgées désorientées (critères de sortie – relais post-Ancre ?)
Créer un projet post-Ancre pour un projet de vie de qualité en sortie de l'Ancre.

Définir un projet d'Unité d'hébergement Renforcée, recours pour les nombreux EHPAD du secteur et bénéficiant des acquis d'expériences et de compétences de l'Ancre

5) CONCLUSIONS

L'esprit de la loi H.P.S.T. voudrait que la répartition, des différentes spécificités de prise en soins de nos aînés, soit distribuée sur les structures sanitaires et médico-sociales de façon harmonieuse. La concentration de structures spécifiques sur les seuls hôpitaux « de référence » rendrait l'accessibilité aux soins illusoires.
Ils sont, de part leur structure et leur répartition territoriale, les maillons de proximité indispensables, d'une trajectoire de soins de nos concitoyens, autant pour la prise en soin médicale que plus spécifiquement géronto-psychiatrique.

Au sein de la filière gériatrique du territoire, les deux établissements ont un rôle à jouer qui repose sur leur situation et leur compétence.
Quant à la situation, c'est la proximité qui justifie l'action des établissements. L'aide et les soins doivent être prodigués au plus prêt par les généralistes et nos établissements.
Quant aux compétences elles sont celles des gériatres, des généralistes, des paramédicaux (douleur, fin de vie, nutrition, géronto-psychiatrie).
La dernière compétence indispensable, c'est le capacité à nouer les relations (convention et liens réels entre soignants) pour l'accès aux soins supérieurs (psychiatriques…) qu'il est souvent difficile d'obtenir autrement qu'en urgence.
C'est tout le sens de la recherche de compétences locales assez légitimes pour être la voix des populations locales âgées.

ATELIER : LE SERVICE DE MEDECINE

DE L'ETABLISSEMENT

L'évolution du service de médecine est conditionnée par l'évolution de ses missions que l'on peut résumer comme une offre de proximité en médecine gériatrique et par le volume et la nature de ses ressources qui sont actuellement les médecins généralistes du canton.

Etablissement de premier recours dans son territoire de santé, l'hôpital s'inscrit dans un réseau d'établissements avec lesquels il coopère afin d'optimiser la qualité des parcours de soins des patients. Les principaux partenaires hospitaliers sont les centres hospitaliers de Fougères et d'Avranches et le CHU de Rennes.

L'organisation interne des ressources médicales et l'intégration dans une filière d'établissement sont 2 façons complémentaires de répondre aux missions de l'établissement et aux enjeux de qualité et de sécurité.

L'autre enjeu pour l'établissement d'Antrain, qui recrute sur une aire géographique peu peuplée est d'améliorer l'attractivité de l'unité de médecine sur les cantons périphériques.
Cette attractivité est liée à la volonté des médecins de ces territoires d'hospitaliser et de suivre leur patient à l'hôpital d'Antrain.
Or pour des médecins surchargés de travail, le suivi de patients éloignés et donc les nombreux allers-retours que cela implique sont un réel frein.

Comment donc organiser ce suivi pour les médecins généralistes les plus éloignés ou les moins disponibles ? Faut-il continuer de promouvoir une organisation qui met le généraliste en situation de conserver la responsabilité du suivi de ses patients ou proposer des alternatives comme un tour de gardes de médecins rémunérés forfaitairement pour la prise en charge des patients « orphelins » (patients des autres médecins), éventuellement l'emploi de salariés. Dans ce cas comment redéfinir le concept d'hôpital local interface avec la médecine libérale ?

L'autre axe permettant d'augmenter la proximité entre les médecins généralistes et l'établissement est l'amélioration de l'organisation qui leur est proposée et une offre de services améliorant la prise en soins de leurs patients (*une infirmière d'orientation, dégagée du soin, en contact direct avec les médecins généralistes, qui connait les patients et donne les bonnes informations aux médecins, qui permet d'avoir les bonnes réponses, de compléter les informations contenue dans le logiciel de soins OSIRIS, de travailler sur les cibles, de suivre le parcours de soins).*
Action : Définir un profil de poste.

La demande de prise en soins va augmenter dans les années futures. Il est donc essentiel d'optimiser le parcours de soin et la qualité de la prise en charge médicale.

Améliorer le parcours pour le patient, son séjour hospitalier entre le domicile et l'hôpital, entre les services aigus (chirurgie, médecins spécialisés…) et les structures de repli local et au sein de notre structure la gestion Médecine/SSR.

TROIS ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La qualité des soins de médecine par une organisation des ressources en interne

Maintenir la synergie entre les médecins libéraux et l'hôpital :
La continuité ville–hôpital, la personnalisation du rapport médecin-patient, l'aspect global du diagnostic et la prise en compte des différentes dimensions de la vie de la personne par le médecin généraliste sont des critères de la qualité des soins pour la personne âgée fragile.
La synergie avec l'hôpital s'exprime également dans la synergie avec les praticiens salariés. Le bon usage du Directoire doit permettre de favoriser cette synergie.

Organiser, optimiser le fonctionnement du service de médecine : renforcer les liens médecin-équipes soignantes non médicale par une protocolisation de l'évaluation des prises en charges, des entrées (en particulier les critères d'adéquation), des sorties domicile, des transferts, des mutations (le passage en SSR) et l'application stricte de critères de qualité de l'HAS et des décrets récents sur les indicateurs de qualité (nutrition, douleur, qualité du dossier, esquarres…).

Garantir une approche globale, critère de qualité des soins gériatriques, par l'organisation et l'accès suffisant à une équipe pluridisciplinaire : gériatre, kinésithérapeute, diététicien, assistante sociale, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, pédicure-podologue, équipe mobile interne de soins palliatif, équipe mobile interne de rééducation.

Répondre à l'exigence de la continuité et de la permanence des Soins :

Renforcer l'organisation des plannings des différents médecins intervenants dans l'établissement pour pouvoir garantir une présence médicale (qualité des protocoles de réponse à l'urgence vitale et efficience des pratiques (EPP))

Le renforcement de la présence médicale (3,5 ETP au total de 3 établissements) et l'amélioration du positionnement des généralistes (voir point suivant) permettent de renforcer le caractère opérationnel de la permanence des soins jusqu'alors assurée par la garde libérale cantonale en dehors des heures ouvrables et un tableau de service et protocole afférent durant les heures ouvrables.

Objectiver l'engagement des médecins libéraux volontaires vers des tâches d'intérêts collectifs et forfaitiser des rémunérations adaptées par des statuts d'attaché à temps partiel et/ou des vacations.

Les missions de coordination et l'action de l'équipe interne mobile de fin de vie peuvent être enrichies et renforcées par l'identification plus formelle de temps généraliste dédié bénéficiant d'une rémunération adaptée.

Valider la technicité des actes qui ne se font pas en médecine de ville (transfusion..) par la mise en place d'une EPP et le maintien et le renforcement des structures en place (comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH).
La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) correspond à une exigence réglementaire et à la démonstration utile de la qualité des pratiques spécifiques qu'il a été ou qu'il sera possible de constituer. L'exemple des transfusions sanguines à Antrain est le plus éloquent. Cela devra pouvoir bénéficier également aux patients du territoire de St Brice et des cantons dans le ressort de la proximité. D'autres pratiques sont accessibles au sein de la filière hospitalière et il conviendra de les préciser dans l'intérêt des populations et de l'économie de la santé.

La qualité des soins de médecine par le développement de l'accès à des ressources extérieures permettant d'accroitre la densité médicale des séjours de médecine

Garantir l'accès à une ressource de gériatre, de rééducateur et en matière de fin de vie **par des consultations sur site et protocoliser cet accès au service des médecins généralistes.**
La création de 2 postes de médecins gériatres (pourvus) apporte au sein des établissements (Antrain et St Brice) et au domicile (Partâge) une compétence en gériatrie mise à disposition des populations et des généralistes et autres libéraux.
Au domicile, la continuation des efforts pugnaces d'installation des procédures du réseau Partâge doit garantir rapidement le bon usage de la ressource gériatrique.
Au sein des établissements, la création du second poste en septembre 2009 permet d'améliorer la disponibilité de la ressource. Les protocoles de recours, en cohérence avec le renforcement de la démarche qualité et les obligations réglementaires afférentes, permettent de constituer une équipe interne opérationnelle en gériatrie.
L'engagement d'un généraliste dans une formation (DU fin de vie) permet aux établissements de lui proposer un temps rémunéré mis à disposition du fonctionnement du service de médecine.
Protocoliser la pratique de consultation du médecin rééducateur donnera une meilleure visibilité et reconnaissance à la démarche.

S'intégrer dans la filière PA du territoire de santé **en développant les relations avec l'hôpital de Fougères, s'intégrer par une démarche proactive dans la future Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).**
Considérant les enjeux de qualité et de sécurité, en matière de santé de proximité, l'ancrage local ne peut avoir de sens que dans le cadre de l'intégration dans les filières de soins, dans le respect du parcours du patient. De l'action du généraliste au domicile (et des autres acteurs libéraux et publics ou associatifs (SSIAD, HAD), en passant par l'hôpital de proximité et les établissements de référence, voire les centres régionaux, le parcours du patient ne peut être qualitativement coordonné sans une politique volontariste de mise en filière. Sur le versant public, la Communauté Hospitalière de Territoire est un des outils proposé par la loi. Les hôpitaux d'Antrain et St Brice ont d'ores et déjà amorcé des démarches proactives en direction du Centre Hospitalier de Fougères

(gériatrie) et de Rennes (SSR spécialisé). La volonté semblant partagée d'aboutir, la formalisation de conventions permettra de renforcer l'opérationnalité d'échanges existants (Fougères) ou de les créer (Rennes et la rééducation).

Favoriser la pérennité de la Permanence d'Accès aux soins de Santé (PASS) du CH de Fougères en mettant à disposition un praticien motivé et en étendant son champ d'action aux territoires ruraux.

Garantir par des conventions l'accès aux éléments de diagnostic **en particulier l'imagerie (convention radiologues, transport, serveur d'image et télémédecine, télédiagnostic).**
Cet aspect est un des éléments concrets de la mise en filière et de l'action de proximité.

Organiser l'accès à des ressources spécialisées**, organisation de consultations avancées de spécialistes (cardio, rhumato, pneumo….).**
De même, cet aspect concret a donné déjà lieu à échanges suivis avec le CH de Fougères (état en mars 2010).

Organiser l'équipe médicale de médecine comme constituée des médecins généralistes autorisés et de médecins hospitaliers à temps partagés **avec les hôpitaux généraux qui seront des ressources aux services des premiers.**
Cette piste déjà explorée par le CH de Fougères qui emploie aux urgences un médecin par ailleurs généraliste dans un cabinet de groupe à Antrain.

L'Hôpital de proximité : promoteur de santé sur son territoire en fixant une population de médecins généralistes et de paramédicaux libéraux

S'insérer dans des démarches collectives avec les professionnels de santé et les collectivités territoriales pour répondre aux enjeux de santé du territoire :

- Participer au maintien d'une offre libérale en offrant un mode d'exercice professionnel attractif (statut d'attaché à tps partiel).
- Organiser une prise en charge des consultations non programmées et de la petite urgence (locaux, personnels infirmiers, système d'information).
- Participer au maintien d'une offre libérale en facilitant la création de maison de santé (locaux, personnels, SI).
- Par la mise en place de moyens spécifiques (infirmière de prévention), favoriser l'action en prévention et en éducation thérapeutique des libéraux.
- Par la mise à disposition de compétences spécialisées, favoriser l'action de réseau renno-centrés auprès des généralistes et des populations cibles (exemple de la convention avec Diabète 35 pour les diagnostics diététicien).
- Par la mutualisation d'équipements, de moyens, de procédures et programmes, favoriser les synergies entre acteurs de santé libéraux et leur bon ancrage local.
- Par l'engagement auprès des initiatives libérales, favoriser leur réussite et leur pérennité (par exemple, signature de la convention avec l'association des pharmaciens d'officine du pays de Fougères, « Hospipharm »).

Les axes d'améliorations :

1 - Optimiser le parcours de soin et la qualité de la prise en charge médicale en développant une politique d'EPP.
2 - L'établissement dans la filière d'établissement comme aval des urgences (Fougères, Rennes).
3 - Une organisation performante et plus ouverte sur les professionnels de santé libéraux.
4 - Organiser la prise en charge des soins palliatifs.
5 - Adapter le système d'information et en améliorer les usages.

Optimiser le parcours de soin et la qualité de la prise en charge médicale (politique d'EPP)

Sous-entendant la qualité de prise en charge médicale, les EPP (Evaluations des pratiques Professionnelles) sont désormais incontournable pour tous services de médecine.

D'une part, la démarche qualité initiée par l'accréditation en 2004 s'est poursuivie par la visite de certification V2 en 2010, qui a initié la mise en place d'EPP au sein des deux hôpitaux. Déjà, sept EPP réalisées en 2008-2009 ont permis de fédérer plusieurs médecins autour de questions d'améliorations des pratiques professionnelles telles que « durée et pertinence de l'hospitalisation en médecine ».

Cette démarche va se poursuivre et s'accentuer par la préparation de la certification « V2010 » ou « V3 » de 2010 à 2014. En effet, la procédure de certification V3 comporte des exigences plus élevées encore en matière d'EPP. La politique et l'organisation des EPP est la première des treize « Pratiques Exigibles Prioritaires » ou PEP de la V3, sans lesquelles, l'obtention de la certification est impossible. L'enjeu est donc de taille.

D'autre part, outre les procédures de certification, une politique de recueil d'indicateurs qualité va se généraliser. C'est pourquoi, comme seulement 20 hôpitaux locaux en France, la direction a décidé d'engager volontairement l'hôpital d'Antrain dans l'expérimentation IPAQSS[3]. Cette enquête, initiée en 2010, sera réalisée sur une base annuelle dans les services de court et ou de moyen séjours. Ce recueil d'indicateurs permettra notamment de mesurer la tenue du dossier patient, le dépistage des troubles nutritionnels, la prise en charge de la douleur, la prévention des escarres.

Enfin, comme le prévoit le nouvel article Art. D. 6143-37 du Code de Santé Public (Loi « Hôpital Santé Patients Territoire »), le Président de la CME devient notamment « chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». « Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification ». La CME va donc naturellement connaître une profonde modification de ses

[3] IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) diligentée par la Haute autorité de Santé (HAS).

attributions et devrait permettre de soutenir et développer la politique d'EPP de l'établissement. Il est important que les médecins libéraux et salariés se saisissent de ces enjeux et comme pour le reste de l'activité des services de court séjour, soient les « moteurs » de cette politique.

L'établissement dans la filière d'établissement comme aval des urgences (Fougères, Rennes)

⇨ Le travail en réseau avec les urgences est déjà débuté avec Fougères et pourra être élargi avec Avranches.

⇨ Signature de convention avec le CHU de RENNES, pour l'organisation médicale, la continuité des soins.

Une organisation performante et plus ouverte sur les professionnels de santé libéraux

⇨ Elargir le bassin de recrutement aux territoires limitrophes (Secteur de Pleine-Fougères, Sud Manche) dans un rayon de moins de 15 minutes de distance et pour des prises en charge de proximité.

⇨ La présence d'un médecin coordonnateur en Médecine/SSR pouvant faire le lien avec les libéraux et permettant un suivi de la prise en soins des patients, avec un tableau de permanences.

⇨ La possibilité d'avoir un médecin libéral en Médecine/SSR qui soit salarié à mi-temps et remplissant ce rôle de médecin coordonnateur ? (en déterminant le temps nécessaire aux besoins pour la prise en charge des patients).

⇨ Avoir un médecin qui filtre les demandes d'admissions en Médecine/SSR.

⇨ Rendre attractif nos hôpitaux locaux pour les médecins libéraux via notamment une rémunération plus intéressante et plus juste, avec l'idée d'une rémunération calculée au prorata de la T2A, ayant également pour avantage de jouer sur la durée moyenne de séjour ?

⇨ Conserver la relation du suivi du patient avec un seul médecin pour préserver la qualité du soin et sa continuité.

⇨ Organiser la continuité des soins pour les praticiens de Saint Brice sur Antrain, en élaborant peut-être des visites avec regroupement pour lesdites visites de leurs patients, permettant de mettre en place un « tour de visite » (Dr Morillon et Dr Rousseau *a priori* d'accords).

⇨ La mise en place d'un staff avec l'équipe soignante de Médecine/SSR, les praticiens libéraux, diététicien, cadres de santé, afin d'optimiser les échanges entre tous les intervenants de la prise en soins, et améliorer celle-ci.

Ce staff est déjà réalisé chaque mardi avec la présence de la psychologue, l'infirmière coordinatrice du réseau Partâge, l'assistante sociale.

Dès l'admission d'un patient, son avenir est discuté lors du staff (projet de retour au domicile, structure d'accueil type EHPAD, etc.…).

A noter également l'utilisation d'un nouvel outil du réseau Partâge, la « fiche d'éligibilité » qui est remplie systématiquement à l'entrée du patient, et permet de proposer une intervention telle l'évaluation gériatrique, ou autre, permettant de repérer une difficulté et d'anticiper la problématique (épuisement familial, démence, etc…).

⇨ Mieux utiliser les compétences paramédicales, diététicien (ex. formation sur régimes) et psychologue.

⇨ Travailler plus avec le SSIAD pour les sorties.

⇨ Faire appel à l'accueil temporaire.

⇨ Mieux utiliser les compétences réseau et de coopération (réseau locaux ou rennais, coopérations tels le ROLAND[4] en nutrition et les autres actions pilotées par les groupes de travail du Projet Médical de territoire par exemple).

⇨ Transmission d'un résumé d'hospitalisation à l'attention des infirmiers libéraux pour faciliter la prise en soins des patients lors du retour au domicile (notamment pour les soins spécifiques et les patients fragiles).

⇨ Mettre en œuvre la convention Hospipharm pour la bonne transition hôpital/ville en matière de médicaments.

Organiser la prise en charge des soins palliatifs

Trois personnes sont actuellement en formation DU Soins Palliatifs : Mme Le Docteur Ghislaine Villoin, médecin généraliste libéral ; Mme Ghislaine Dudoit, psychologue salariée ; Mme Nelly Talva, IDE salariée.
L'objectif est bien sûr d'utiliser cette équipe ressource pour l'organisation de la prise en charge des soins palliatifs, tout en sachant qu'a priori il n'y aura pas de lit dédié « Palliatif», cette autorisation nécessitant de plus de répondre à des réglementations organisationnelles assez « draconiennes ».

Après discussion, sont donc retenus concernant les soins palliatifs, les axes de travail suivants :

⇨ Fonction de soutient par rapport aux patients et leurs familles : Situations où les personnels se sentent démunis. Trouver les mots. Beaucoup d'espoir, pour être plus efficient avec l'équipe formée. Besoins en locaux, lits pour la famille, dans des conditions optimales.

⇨ Fonction d'intervention technique, avec notamment la douleur.

⇨ Fonction formation et soutient pour les personnels soignants et praticiens : Faire face à la situation d'une fin de vie, connaître les limites et éviter une situation de culpabilisation des soignants, que faire devant un dénie de fin de vie de la part du patient, de sa famille, etc…

⇨ Dimension interne/externe à travailler (orientation vers la ville, Antrain/St Brice, orientation vers Fougères) en essayant de « faire système » avec le CH de Fougères.

⇨ Déterminer le fonctionnement de l'équipe, comment déclencher un appel à leurs compétences ?

⇨ Développer une « culture soins palliatifs » tous services confondus : il y a eu environ 200 décès sur Antrain / St Brice en 2008, avec plusieurs prises en charges palliatives…

Adapter le système d'information et en améliorer les usages

⇨ **OSIRIS**

Le point abordé concerne essentiellement le logiciel de gestion du dossier de soins, OSIRIS.

[4] Réseau Opérationnel des Liaisons Alimentation Nutrition Diététique

Il est précisé que bien que le logiciel permette quasiment de tout faire pour les praticiens, que celui-ci améliore la tenue du dossier, de nombreux points restent encore en attente d'améliorations tels :

- l'ergonomie
- la rapidité (ex. délais d'attente trop longs pour atteindre une page)
- la souplesse
- la simplicité
- un nombre de « clics » considérables
- l'absence de possibilité de faire une ordonnance structurée de façon thématique (impératif pour l'accréditation d'une part, et obligatoire à la demande de la Haute Autorité de Santé).
- un accès « courrier » et impression de celui-ci plus aisé
- l'absence d'un module scanner pour adjoindre les courriers externes au dossier patient.

Tous ces « manques » engendrent une perte de temps considérable pour les praticiens, et amputent par la-même le temps à consacrer aux patients et à la partie administrative papier des séjours.

Le responsable informatique, précise qu'il ne s'agit pas d'un logiciel de cabinet et que l'utilisation de celui-ci a un impact direct pour de nombreux utilisateurs comme la pharmacie, et les soignants (ex. plan de soins).
Une rencontre ADULO[5] (groupe d'utilisateurs), et plus particulièrement avec la présence de médecins, aura lieu le 7 avril 2009, pour obtenir des solutions aux différents problèmes rencontrés par les utilisateurs (harmonisation pour les prescriptions de tous les praticiens, courriers, etc.…).
D'autre part, les filtres pour les biologies seront mis en place courant de l'année 2009.

⇨ Système d'information

Le service informatique pourra être un partenaire afin d'évaluer les différentes possibilités et pour l'aide à la mise en place d'outils dans un but de meilleure communication des informations entre les services.

[5] Association des Utilisateurs du logiciel Osiris (premier club utilisateur co-fondée par la coopération informatique créée à l'hôpital d'Antrain)

ATELIER : L'ACTIVITE DE REEDUCATION DANS L'ETABLISSEMENT

Le service de rééducation comprend 50 lits d'hébergement complet.

Le service de rééducation s'est vu confirmé des soins de suite spécialisés puisque il est autorisé pour une unité de 40 lits de soins de suite spécialisés à orientation locomoteur et 10 lits de soins de suite polyvalents seront orientés dans l'établissement pour des patients relevant de rééducation neurologiques.

Le service de rééducation de l'hôpital d'Antrain est singulier à deux titres ; ce service offre une capacité importante éloignée des grands plateaux techniques et il est un des services d'un hôpital local.
Cette situation singulière se traduit ensuite par des conséquences logiques qui sont autant d'enjeux pour ce service : la nécessaire attractivité sur un rayon dépassant largement celui de la proximité, l'intégration dans la « logique » de l'hôpital local, le recrutement de médecins rééducateurs et d'autres professionnels.
Les actions à mener durant le projet d'établissement devront donc répondre à l'exigence de la qualité des soins produits pour continuer à être attractifs et cette qualité passe par l'accès à des personnels médicaux et para médicaux.
Il est en effet primordial pour le service de soins de suite d'avoir accès à des ressources « rares » en particulier les médecins et les kinésithérapeutes.
Les conditions de l'attraction pour les professionnels sont un exercice professionnel motivant (exercice de la discipline, dynamisme d'équipe et d'établissement) dans des locaux adaptés.
L'autorisation de soins de suite spécialisés, le travail en réseau avec les autres soins de suite, un bon environnement technique (appareillage) et des locaux neufs sont des éléments attractifs.

Enfin, le service de rééducation, que ses spécificités ont un temps marginalisé, doit s'intégrer pleinement dans l'établissement.

Axe 1) *Consolider le service de rééducation par un travail de coopération avec les établissements public du territoire de santé en rééducation (CHU et Redon)*

Les finalités du travail de coopération entre les établissements sont d'améliorer la prise en charge des patients dans le secteur public sur le territoire 5, de renforcer l'attractivité de ces établissements pour le personnel (kinés, rééducateurs, diététiciennes, …).
L'intérêt de la coopération pour l'hôpital d'Antrain est de faire venir des personnels médicaux et non médicaux qui ne viendraient peut être pas sans cette coopération (et préparer éventuellement la relève), augmenter la couverture médicale sur le territoire, augmenter l'offre.

Créer une équipe mobile de rééducation (expérience mise en place en Rhône-Alpes et en Pays de Loire, avec un financement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation).

- ⇨ Partager les ressources de rééducateurs qui pourraient se déplacer dans les zones qui sont dépourvues de ces compétences. Il serait peut-être envisageable de séparer le secteur 5 en zones géographiques de proximité.

Mais pour l'Hôpital d'Antrain et le Centre Hospitalier de Redon, le temps de rééducateur est insuffisant pour exercer à la fois au sein de l'établissement et sur l'extérieur.

Protocoliser le parcours d'un patient entre le Centre Hospitalier Universitaire et les structures de MPR.

Développer des spécialisations dans les établissements :

- Les consultations toxines (assurées par le Centre Hospitalier Universitaire) ;
- L'urodynamique (assurée par le Centre Hospitalier Universitaire avec possibilité de solliciter des vacataires extérieurs des autres établissements) ;
- L'appareillage d'orthèse (le Centre Hospitalier de Redon dispose de 2 ergothérapeutes et d'un bon équipement) ;
- L'appareillage pour les amputés (Hôpital d'Antrain) ;
- Former les médecins des établissements sur certaines spécialités assurées par le Centre Hospitalier Universitaire.

Augmenter la ressource en médecins rééducateurs : Dés 2011, l'hôpital d'Antrain cherchera à recruter un médecin rééducateur supplémentaire à temps plein, cependant l'accès aux ressources de médecins rééducateurs est difficile pour les petits établissements et onéreux pour le CHU. Il pourrait être facilité par un recrutement partagé entre le CHU et les établissements d'Antrain et de Redon de médecins rééducateurs.
L'Hôpital d'Antrain et le Centre Hospitalier de Redon financeraient ce temps partagé de médecins venant du Centre Hospitalier Universitaire.

Diversifier les lieux de stages (notamment pour les kinésithérapeutes)

Axe 2) *Mieux intégrer le service de rééducation*

Intégrer le service dans une approche plus globale des besoins de la personne (prévention, gériatrie, éducation thérapeutique, suivi social, addictions, psychiatrie, douleur) correspondant plus au type de public accueilli et aux valeurs de l'établissement.

Intégrer de manière plus formelle dans les processus d'orientation des patients du territoire 5, plus ouverts aux ressources et aux services spécialisés du territoire (coopération avec le CHU et Redon), le service de SSR spécialisé doit également élargir sa vision du soin qui doit poursuivre son élargissement aux autres besoins que physiques.

Dans le cadre d'une action toujours volontariste centrée sur le retour à l'autonomie physique de la personne, l'attention à la douleur, le bon usage de la contention, doivent être toujours renforcés.
Par ailleurs, les questions des addictions, des troubles psychiatriques et du risque suicidaire, les problèmes sociaux et la précarité doivent complètement pénétrer la problématique du service qui doit savoir faire place dans ses processus à ces questions tout aussi fondamentales que la dimension de l'autonomie physique dans le devenir de la personne prise en soins.
Pour cela, une vraie place doit être faite (physiquement et en matière de processus thérapeutique et procédural) à d'autres types de compétences sanitaires (médicales ou paramédicales), internes (équipes mobiles internes de fin de vie ou de gériatrie) et lorsqu'il n'est pas possible ou souhaitable de définir ces ressources en interne, des compétences externe (psychiatre, réseaux spécialisés, centres d'addictologie…).
Bien que déjà ouvert au domicile (déplacement de l'ergothérapeute au domicile, consultation d'appareillage après sortie…), le service doit s'enrichir de liens opérationnels avec les acteurs médico-sociaux en institution (améliorer les passerelles avec les EHPAD et long séjour) ou au domicile (services au domicile).
Ces acteurs doivent être repérés, sollicités, avoir accès et être accueillis, trouver des interlocuteurs dans l'intérêt du patient.
Ces questions seront prises en compte dans la définition du plateau technique à reconstruire.

Axe 3) *L'adaptation des locaux pour une meilleure qualité*

Etat des lieux de l'architecture actuelle

Les locaux actuels de rééducation qui, bien qu'ayant bénéficié d'améliorations dans les années 1996 (portes à plans coupés, débattements, rehausseurs, etc.) ne sont plus satisfaisants notamment en terme d'espace :

⇨ Les chambres à deux lits sont trop exiguës.

⇨ La salle d'ergothérapie est trop exiguë.

⇨ La salle de kinésithérapie est trop exigüe.

⇨ La balnéothérapie est également trop petite.

⇨ L'absence de salle pour l'orthophoniste, qui est dans l'obligation de s'installer dans la salle de détente.

⇨ L'absence de salle pour la psychologue, contrainte de rencontrer les patients dans leur chambre.

⇨ L'absence de salle d'appareillage, faisant intervenir les appareilleurs en salle kiné.

Trois appareilleurs à spécialités différentes interviennent sur l'établissement :
- L'un pour l'orthopédie (pour les amputés, réalisations de corsets, etc.)
- L'autre est podo-orthésiste (réalisation de chaussages complexes)
- Le troisième pour l'installation et l'essai de fauteuils roulants.

⇨ Pas de salle de stockage pour les fauteuils roulants.

⇨ Un local lingerie trop exiguë ne permettant pas un rangement optimal.

⇨ L'absence d'un local spacieux pour avoir un chariot douche en MPR.

La future implantation

Il est donc prévu que le service actuel de MPR soit transféré sur le premier étage du bâtiment La Loysance et que l'actuel service Médecine/SSR soit également transféré sur l'actuel bâtiment MPR.

Il existe des besoins importants pour le plateau technique et les paramédicaux qui devront être pris en compte dans le projet :

- Une salle de kinésithérapie de 150 à 200 m2

- Une salle de balnéothérapie équipée d'une piscine d'environ 8 x 5,50 m contre 4 x 4,20 m actuellement avec quatre couloirs de marche d'une auteur allant de 1,30 m à 1,50 m d'eau au plus fond (nécessaire pour prise en charge de patients plus ou moins grand) du dernier couloir à l'extrémité de la partie libre.

- La nécessité de douches et vestiaires pour la salle de balnéothérapie.

- La création d'un bassin de détente avec jacuzzi et jet d'eau, pouvant permettre des prises en charge à l'attention des personnes âgées et une mise à disposition pour les kinésithérapeutes libéraux. Le Docteur Villoin souligne qu'une mise à disposition d'un tel équipement notamment pour l'atelier équilibre créé par la mutualité sociale agricole (MSA), pourrait permettre l'obtention de crédits de la part de la Communauté de Communes.

- Une salle d'ergothérapie de 50 à 60 m2

- Un appartement thérapeutique pour l'ergothérapie en plus de l'atelier de culinothérapie existant sur la Loysance.

- Un atelier pour les fauteuils roulants.

- Une salle de repos de 20 m2.

- Une salle d'appareillage.

- Une salle de travail/bureau pour les orthophonistes.

- Une salle de travail/bureau pour la psychologue.

- Un bureau cadre kiné.

- Un bureau avec coin pour examen médical pour chaque médecin.

- Un bureau pour l'assistante sociale.

- Un bureau pour la secrétaire médicale.

Un plateau technique nouveau et bien équipé permettra de continuer une qualité de prises en charge des patients et de l'augmenter également du fait d'espaces plus satisfaisants de travail.
L'attractivité sera d'autant plus intéressante pour le recrutement de nouveaux kinésithérapeutes.

L'utilisation partagée des infrastructures entre les différentes activités de l'établissement (ex. salle d'ergothérapie entre l'ergothérapeute de MPR et celle de Maison de Retraite), permettra de réaliser à travers le projet, des économies non négligeables et confortera les complémentarités déjà existantes.
Un des intérêts du projet en déménageant le service MPR sur la Loysance est représenté par le fait qu'il n'y aura pas de construction d'une nouvelle structure pour l'hébergement des patients, les chambres sur la Loysance répondant aux critères établis par le gouvernement. Seules les infrastructures techniques précitées resteraient donc à financer.

*** L'existant sur le bâtiment La Loysance**

- Un terrain plat et un bâtiment pouvant être utilisé pour raccordement au service du 1er étage.
- Des chambres individuelles avec cabinet sanitaire (en réponse favorable aux obligations réglementaires).

Axe 4) *l'organisation du travail entre médecins*, en particulier le suivi des patients suivis par les médecins de Saint Brice.
La question de l'orientation est fondamentale pour favoriser l'accès des patients aux soins justes dont ils ont besoins. Cette question relève du niveau de l'action territoriale et nous sommes inclus dans les réflexions du projet médical de territoire. Direction et médecins doivent s'astreindre à cette participation indispensable.
Cette question se décline également localement concernant les patients pour lesquels la porte d'entrée sanitaire est constituée par nos établissements et les généralistes partenaires.
Chaque patient doit trouver le service dont il a besoin quel que soit son âge sans déni de soins, sans acharnement, sans glissement de projet et sans séjour inadéquat.

- une équipe mobile interne de rééducation
- un staff d'orientation

ATELIER : L'HOPITAL LOCAL ET LA PREVENTION, L'HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE

Mieux travailler ensemble

Dans le cadre de leur projet d'établissement, les hôpitaux d'Antrain et de Saint Brice ont dédié un groupe de travail sur le thème spécifique de la prévention.
Ce groupe ouvert aux partenaires de l'établissement s'est affronté à la complexité du champ : Le QUOI, le QUI et le COMMENT ne sont pas toujours simples à dissocier.
Par ailleurs, les différentes discussions générales ou concrètes ont souvent mis en évidence la difficulté du « bien travailler » ensemble entre l'établissement et le réseau PARTAGE d'un coté, l'équipe médico-sociale du Conseil général (EMS) et le CLIC de l'autre.
L'organisation d'une réflexion même interne sur ce sujet n'est pas bien comprise par les partenaires (EMS, CLIC) dont les missions sont clairement celles de la coordination et de la prévention. L'hôpital n'apparaît pas de façon spontanée aux yeux de ces partenaires comme un acteur de la prévention.
Ce travail d'ouverture et de réflexion mené en interne sur la place de l'établissement dans le champ de la prévention nécessite donc un éclaircissement des objectifs poursuivis et un respect des formes positionnant toujours l'établissement dans l'échange et la concertation.
En particulier, il est primordial que les éléments de communication vers l'EMS et le CLIC (notes, courrier, comptes-rendus) rendent compte de cet état d'esprit d'échange et de concertation.
Par ailleurs, cette volonté de mieux travailler ensemble doit se traduire par une présence systématique de l'établissement aux réunions organisées par le CLIC et l'EMS lorsque l'établissement est concerné.
Il apparaît aussi que certaines maladresses soient le fait d'un déficit de connaissance sur l'organisation du champ de la prévention. Les personnels de l'établissement qui seraient amenés à s'investir ou à être en contact avec des partenaires pour la réflexion ou l'organisation d'action doivent bien connaître ce qui existe et qui le fait.

Promouvoir la prévention dans l'établissement et sur le territoire

La promotion de la santé est une mission de l'hôpital

Les établissements d'Antrain et de Saint Brice reprennent à leur compte les axes de l'association « Hôpital promoteur de santé » :

- Travailler dans une logique de santé axée sur la qualité de vie des patients, par delà la lutte contre les maladies,

- Mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé des personnes qui fréquentent l'hôpital ou vivent à proximité,
- Travailler en partenariat avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins,
- Faire de l'hôpital un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun,
- Faciliter la participation effective et concrète des patients et du personnel aux décisions qui concernent leur santé,
- Participer à l'amélioration du système de santé en général.

Promouvoir la prévention au niveau local

Les Recommandations du plan régional de Santé publique (PRSP) sur le champ de la prévention pour les personnes âgées précisent 2 enjeux majeurs :

- Promouvoir une approche globale de la santé des personnes âgées à travers les stratégies d'actions suivantes : observer et mieux comprendre, favoriser l'insertion dans la vie locale avec une approche intergénérationnelle, promouvoir la santé dans ses multiples dimensions, mieux anticiper (cadre de vie, logement adapté, qualité du maintien à domicile), s'appuyer sur les dynamiques locales existantes.
- Réponse aux besoins en santé mentale et décliner les différents modes de prise en charge psychiatrique selon les lieux possibles de prise en charge : domicile, EHPAD, établissements, et ce dans une approche décloisonnée. De la même manière, des équipes pluridisciplinaires seront déployées dans le cadre du développement des consultations mémoire et des centres mémoire de ressources et de recherche. Autres mesures à promouvoir : l'adaptation des EHPAD à la prise en charge de personnes souffrant de détérioration intellectuelle, formation au diagnostic précoce grâce à des guides de bonnes pratiques.

Pour promouvoir la prévention à un niveau local, 5 stratégies peuvent être mises en œuvre :

- Le développement des démarches territoriales de santé.
- Le renforcement de la coordination des institutions et acteurs du système de santé.
- La mise en cohérence des interventions dans une approche globale par problème de santé.
- Le développement de la démarche qualité.
- Le renforcement des dispositifs de veille/alerte et gestion des urgences sanitaires

Quels points à renforcer ?

Développer le système d'information et d'observation : Dans plusieurs domaines le système actuel ne permet pas de fournir des données utiles pour l'action. Les travaux de recherche sont peu utilisés pour guider l'action des

décideurs et celle des opérateurs locaux ; les données des sciences sociales sont peu mobilisées.

Décloisonner les acteurs : L'objectif n'est pas de nier la réalité de l'existence des institutions mais de favoriser les engagements transversaux dans l'action et de veiller tous ensemble à ne pas faire subir la complexité de l'organisation administrative aux acteurs de terrain et à la population bénéficiaire des actions de santé publique. Cela renvoie aussi à la capacité à faire travailler ensemble les différentes institutions en partenariat avec la population, les élus …

Développer la participation citoyenne : Cette volonté de mieux associer la population n'est pas nouvelle et on ne s'interroge plus sur l'opportunité de cette démarche. Par contre, se pose de manière plus affirmée la question des modalités opérationnelles et pertinentes de cette participation tant il est vrai qu'il n'existe pas une seule méthode transposable à toutes les démarches.

Développer une démarche qualité dans le champ de la prévention. On le constate de plusieurs manières : des dispositifs de formation assez nombreux mais peu encadrés, le manque d'évaluation des programmes ou des actions… Les opérateurs sont demandeurs d'un renforcement de soutien méthodologique notamment pour la détermination des objectifs de santé et pour l'évaluation.

Mobiliser les acteurs du système local de santé

Les acteurs du système de santé sont nombreux : les citoyens / usagers / personnes malades, les élus, les acteurs de la médecine de ville médicaux et paramédicaux, les acteurs associatifs (bénévoles et professionnels), professionnels de soins hospitaliers, travailleurs sociaux, acteurs de l'environnement.

En dehors des acteurs propres du système de santé, les acteurs des champs culturel, éducatif, économique et social participent à une amélioration de la qualité de vie des citoyens.

Les objectifs et les actions définies dans le groupe de travail

Un préalable : le principe de l'action des établissements dans le champ de la prévention est de mieux travailler ensemble avec tous les acteurs de la prévention.

1. Définir les missions et allouer des ressources en interne pour créer des fonctions pour un ou des référents 'prévention' : pour un meilleure repérage de la fonction prévention à l'intérieur des établissements (fiche de poste). (Faire circuler l'information, s'assurer de la présence des hôpitaux dans les réunions locales…)

2. Réaliser un recensement des actions de prévention dans les établissements.

3. Proposer via OSIRIS, une fenêtre examen clinique d'entrée qui pourrait en partie s'inspirer sur l'évaluation gérontologique et qui proposerait les principaux appareils cliniques qu'il faut évaluer à l'entrée.

4. Créer aussi un outil via OSIRIS à destination des infirmières pour l'évaluation des besoins fondamentaux. (vérifier l'existence et si oui promouvoir l'utilisation)

5. Organiser la veille sur les actions de prévention en impliquant les médecins généralistes à la veille et à la restitution.
   Utiliser la CME pour des temps consacrés à des échanges sur la prévention et les informations émanant des divers réseaux auxquels appartiennent les médecins généralistes.
   Un repérage de « référents » thématiques parmi les médecins généralistes peut renforcer une communauté médicale.

6. S'organiser pour communiquer le mieux possible en interne (aux intervenants dans l'hôpital) sur les dispositifs existants, en particulier sur l'accessibilité aux diverses consultations ou services déjà mis en place.

7. Réaliser en partenariat avec les autres acteurs de la prévention, un audit des besoins/attentes de la population locale en matière de prévention, d'information et d'orientation santé afin de proposer une offre adaptée. (en utilisant au mieux les informations déjà existantes et collectées par les partenaires)

8. Etre un partenaire actif pour la création et le fonctionnement d'une Maison de la Prévention et des Réseaux sur le territoire Antrain/Saint Brice qui serait basée à Saint Brice. Des réunions tous les mois avec les réseaux des territoires 5 et 6 pour mutualiser les fonctions communes aux divers réseaux. Une antenne du « méta réseau » pourrait être localisée à Saint Brice dans la maison des réseaux.

Les projets déjà avancés :

9. Convention avec le Réseau Diabète 35 prévoyant la conduite de consultations d'éducation thérapeutique (individuelle ou collective) pour patient diabétique, de type 2, non hospitalisé.

10. Une réflexion est engagée pour la création d'une équipe diététique mobile (2 ETP) au profit de 6 sites : Antrain, St Brice, Combourg, Pleines Fougères, Tremblay, Bazouges. Travail en relation avec l'IDE de prévention et d'éducation thérapeutique.

11. Mise en place d'une consultation type « PASS » (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) à partir de laquelle on peut imaginer une orientation vers la consultation d'alcoologie de liaison assurée par le diététicien-alcoologue de l'établissement.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été créées par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, afin de **faciliter l'accès au système de santé et la prise en charge des personnes démunies**. Une PASS est donc une cellule de prise en charge médico-sociale ayant pour but de **faciliter l'accès aux soins**, à la prévention et aux dépistages des personnes démunies, mais aussi de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leur droit : en somme, la PASS permet aux

plus démunis de « s'insérer dans les circuits communs d'accès à la santé ». Elle n'est surtout pas « une filière de soins spécifique pour les plus démunis, mais [permet] une égalité d'accès sans ostraciser la population marginalisée ». Les PASS débordent ainsi sciemment le cadre hospitalier, lui permettant de se décloisonner et de s'ouvrir aux « réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ».

La mise en place d'une « maison de la prévention et des réseaux » sur le site de St Brice en Coglès

Les réflexions de l'atelier « Prévention santé publique » ont été complétées par un travail réalisé dans le groupe « filière gériatrique » pour identifier des pistes d'action permettant la mise en place d'une « maison de la prévention et des réseaux » sur le site de St Brice en Coglès.

Préambule :

Il est rappelé que la « Maison de la Prévention et des Réseaux » doit être pensée comme un lieu unique regroupant les différents intervenants de la coordination de la personne âgée (CLIC, réseau Prologe, réseau Partâge, SSIAD, association France Alzheimer,…) où l'hôpital met à la disposition ces moyens humains et/ou matériels. Il s'agit donc d'un dispositif ouvert sur l'extérieur et non « hospitalo-centré ».
Les missions de cette Maison de la Prévention et des Réseaux peuvent – autant que de besoin – dépasser la sphère gériatrique pour toucher un autre public (adulte malade chronique, enfants,…) ou pour prendre en compte les priorités de santé publique du territoire (lutte contre les addictions,…).

Les pistes d'action :

Réaliser un recensement précis (quantitatif/qualitatif) des différentes ressources en prévention (réseaux de soins, associations,…) déjà mobilisées sur le secteur du Coglais et de leurs missions afin d'identifier les forces/faiblesses du dispositif actuel.
Réaliser un audit des besoins/attentes de la population locale en matière de prévention, d'information et d'orientation santé afin de proposer une offre adaptée.
Organiser un temps de rencontre entre les différents partenaires afin de proposer un projet de Maison de la Prévention et des Réseaux qui soit cohérent et attractif pour tous.
Nommer un(e) coordonnateur(trice) ou autre paramédical spécialisé de la Prévention.

Les thématiques :

En raisonnant en termes de « public-cible », plusieurs thématiques ont pu être identifiées.
Concernant la personne âgée (fragilisée ou non), la mise en place d'une consultation mémoire conduite par un gériatre et un(e) psychologue semble pertinente pour compléter les différentes actions de prévention et d'accompagnement déjà développées au profit de cette population :

- prévention des chutes (ateliers du Clic, interventions de l'ergo de Prolog')
- lutte contre l'isolement (bénévoles du Clic)

- aide aux aidants (groupe de parole du Clic)
- aide aux aidés (soutien psychologique individuel avec la psychologue du Clic)
- bientraitance (actions de sensibilisation du Clic).

Dans le même esprit, une consultation « sensorielle » ayant pour objet de dépister les handicaps (audition, vision,…) des personnes âgées à domicile pourrait également être crée en s'inspirant de ce que développe actuellement la maison de Retraite de Bazouges dans le cadre du projet de vie de ses résidents.

Concernant les personnes (âgées ou non) ayant une maladie chronique, le développement d'une antenne d'information et de prévention du diabète (en partenariat avec le réseau diabète 35) sur le Coglais semble intéressante du fait de l'augmentation du nombre de personnes diabétiques et de l'absence de ce type d'offre sur le secteur (Saint Malo, Fougères, Vitré, Rennes,…). Il s'agirait d'offrir sur place des consultations diététiques, des séances d'éducation individuelle ou collective, des soins de podologie et une prise en charge médicale assurant à la fois le suivi du traitement comme l'orientation vers des spécialistes (cardiologie, ophtalmologie, diabétologie,…).

Elle pourrait mobiliser une équipe pluridisciplinaire composée de :
- Médecin (généraliste et/ou diabétologue)
- IDE (hospitalier et/ou SSIAD et/ou libéral)
- Diététicien (hospitalier)
- Podologue (libéral)
- Psychologue (hospitalier ou libéral)
- Educateur sportif (territorial)

Concernant les addictions, la Maison de la Prévention et des Réseaux pourrait également être un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation pour les personnes présentant une addiction (tabac, alcool,…). Il semble congru de regrouper dans un même lieu les différents intervenants afin de leur permettre d'être localement représentés (selon des modalités de permanence) et donc d'être plus « accessibles ».

Différents partenaires pourraient s'associer à ce projet :
- réseau alcool 35
- CCAA[6] de Fougères
- mouvements néphalistes (alcool assistance,…)
- tabacologue (médecin ou autre paramédical spécialisé)
- alcoologue (médecin ou autre paramédical spécialisé)
- assistante sociale (de secteur ou hospitalière)
- psychologue (hospitalière ou libérale)
- centre médico-psychologique (CMP Bazouges,…)

Parallèlement à ces permanences, on peut également imaginer développer une consultation d'alcoologie destinée à accompagner et à orienter les personnes en difficulté avec l'alcool – qu'elles soient à domicile ou « sortantes » d'hospitalisation sur le site de St Brice ou d'Antrain.

[6] CCAA : centres de cure ambulatoire en alcoologie

D'autres thématiques ont également été proposées :

- le dépistage/prise en charge de l'obésité qui nécessiterait une intervention pluridisciplinaire (médecin traitant, diététicien, psychologue, éducateur sportif, psychomotricien, puéricultrice de la PMI, IDE scolaire, cantinières scolaires,…) mais cette question s'inscrit peut-être davantage dans le projet de la Maison de la Santé prévu sur Antrain ?
- la possibilité d'une consultation de rhumatologie sur le secteur en développant par exemple une convention avec le CH Fougères mais à articuler avec le projet SSR/Rééducation sur Antrain ?
- la possibilité d'une consultation en orthophonie dans le cadre de la Maison de la Prévention et des Réseaux mais à soumettre au(x) professionnel(s) concerné(s) ?

Sur Antrain, il est prévu de favoriser le lien entre médecine libérale et paramédicaux en proposant aux paramédicaux de se regrouper dans un local situé dans le service de médecine de l'établissement.
Dans cette éventualité d'un regroupement, il serait mis à disposition dans ce lieu une infirmière (1 ETP financé sur MIGAC[7]) dédiée à l'éducation thérapeutique et à la prévention.
Sur ce même site, il pourra être organisé des consultations avancées de spécialités en coopération avec les établissements du territoire 5 : le CH de Fougères, mais aussi le CHU et éventuellement l'hôpital de Combourg. Les besoins sont importants en cardiologie, rhumatologie, opthalmologie, dermatologie …..

L'action concentrée au sein de la plateforme santé du Pays de Fougères

La création du réseau santé Partâge à l'initiative de l'hôpital d'Antrain et en réponse aux attentes des autorités sanitaires (Conférence ARH/URCAM du 8 février 2005 à St Aubin du Cormier, lors de laquelle, devant M. Claude Humbert Directeur de l'URCAM, la Directrice de l'ARH, Mme Annie Podeur avait exprimé les priorités pour les personnes âgées pour le Pays de Fougères : SSR et réseaux).

Témoigne de l'engagement ancien de l'établissement dans la politique de prévention, la présidence du réseau est assurée par Madame le Maire d'Antrain, Claudine Clossais. Le réseau Partâge et les établissements d'Antrain et Saint Brice ont été des acteurs centraux de la mise en place de la plateforme du Pays de Fougères en 2008-2009.
C'est au sein de cette instance que les efforts de connaissance doivent être coordonnés. Antrain et Saint Brice y emploient leur énergie.

[7] MIGAC : Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation

LE PROJET MEDICO-SOCIAL : PROJET DE VIE, PROJET DE SOIN

Ce projet de vie et de soins pour les établissements d'Antrain et Saint Brice se situe dans la continuité des réflexions récentes des 2 établissements.
Saint Brice avait retravaillé son projet de vie dans le cadre de sa nouvelle convention tripartite qui sera signé en 2010 et l'établissement d'Antrain a fait de même il y a 2 ans. Notons que pour Antrain un avenant à la convention tripartite sera réalisé en 2010 du fait de la transformation-disparition du long séjour.

Par ailleurs, la création des Hameaux du Coglais avait nécessité un important travail collectif de programmation, base du concours d'architecte. Ce programme des Hameaux du Coglais était déjà une réflexion de projet de vie.

En outre, les acteurs des établissements d'Antrain et St Brice participent à une association active depuis 2003, Ty Coz Avenir, signataire du référentiel qualité du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine. Cette association accueille en 2010 des acteurs des établissements de Médréac, Montfort Sur Meu et Bain de Bretagne (noter qu'un classement Ouest-France, France Info du 5 avril 2010 classant une trentaine d'EHPAD parmi tous ceux d'Ille-et-Vilaine, place Médréac premier (10/10), Montauban en 8ème position (9/10) et Antrain en 11ème position (8,5/10).

Un objectif stratégique : S'organiser autour de la démarche de biantraitance « Humanitude »

Former l'ensemble du personnel

Le choix de la philosophie d'accompagnement d'Humanitude a été fait en 2007, avec mise en place d'un comité de pilotage commun Antrain/St Brice en place depuis 2008, autour d'une vingtaine de personnes représentant la diversité des personnels des différents services : psychologues, cadres, référents.

Le comité de pilotage anime et organise la démarche. Notamment, il assure l'information interne et externe (conférences, colloques..) sur Antrain et Saint Brice qui sont des sites pilotes de la méthode Humanitude.

Fin 2009, l'ensemble du personnel des EHPAD a été formé à la démarche Humanitude, l'établissement forme dorénavant les personnels de la partie sanitaire des établissements et les remplaçants des EHPAD.
Les remplaçants bénéficient 2 fois par an, une fois par semestre, d'une journée d'information sur l'établissement et sur la méthode «Humanitude ».

2 personnes ont été formées comme référentes-Humanitude durant une semaine hors site en complément de leur formation, 2 autres personnes seront formées pour devenir référentes en 2010.
Les référents Humanitude sont mis à disposition des services 2 jours par semaine dans chaque unité, pour intervenir sur des personnes en souffrance, pour

observation, veille et conseil et pour une mise en place satisfaisante de la démarche Humanitude.

Elles sont aussi très importantes pour transmettre les informations aux remplaçants.
Elles sont enfin importantes comme « passeur de lieu » pour renforcer la qualité des relations famille/personnel.
La démarche étant maintenant lancée et fonctionnant bien, le rôle du comité de pilotage sera amené à évoluer dans ses missions et sa composition.
Deux groupes seront crées :

- un groupe restreint de pilotage responsable des grands axes et de l'évaluation
- un groupe opérationnel pour mettre en place les axes sur le terrain.

L'organisation du temps de travail et des staffs

Dans l'établissement de Saint Brice, une évaluation de la mise en place de la démarche Humanitude a permis d'observer quelques points qui pourraient être améliorés :

- certaines difficultés le samedi et le dimanche, du fait d'effectifs différents de la semaine
- des difficultés en début d'après midi
- le manque d'un temps collectif pour intégrer les différents intervenants autour du Projet individuel
- le manque de pluridisciplinarité partagée
- un manque d'évaluation du projet individuel

A Antrain, il existait déjà des staffs pour la partie USLD. Cette organisation en staff a donné satisfaction et sera élargie aux EHPAD d'Antrain et de St Brice, à condition d'élargir vers le social les contenus des staffs trop centrés sur la réévaluation des traitements et la partie soin.

Des actions doivent être réalisées en 2010 à St Brice : réorganisation des services du fait du déménagement, redéploiement du personnel permettant une meilleure répartition des personnels soignant sur la semaine et le week-end, avec un renforcement du personnel 2 jours par semaine pour permettre les staffs et l'évaluation des projets individuel et faire vivre les plans d'action individualisé (PAI).

L'architecture au service de l'accompagnement

La dimension santé l'emporte dans les attentes des familles qui ne perçoivent pas toujours les autres dimensions de l'accompagnement.

« L'accompagnement du résident se fait au détriment du ménage de la chambre »
Le but de l'accompagnement qui est de conserver ou de retrouver une certaine autonomie du résident n'est pas toujours compris. Les familles apprécient plutôt le résultat et pensent que le rôle du personnel est de faire à la place du résident.

Les choix réalisés dans le cadre des Hameaux du Coglais devraient atténuer ces difficultés :

C'est en effet un espace construit comme un lieu de vie et pas comme un hôpital :

- Les hameaux sont à taille humaine : 18 à 20 résidents et offrent des lieux de vie différents selon les moments de la journée.

- Concernant le repas, les résidents ont la possibilité de plusieurs choix :

- un grand restaurant (et son espace grill) avec un service soigné (équipe hôtelière). On y accède par la rue intérieure.
- l'espace salle à manger dans chaque hameau
- la chambre

- Le lieu est ouvert aux familles même dans les dimensions qu'elles ont abandonnées pour les autoriser de nouveaux à accomplir les gestes quelles faisaient précédemment en particulier les toilettes, l'habillement.

Développer l'évaluation et la démarche qualité

A l'intérieur des groupes « projet de vie », il est fait un constat global et partagé d'un manque d'évaluation et de l'absence d'un processus dynamique permettant la mise en place d'une démarche qualité.
Il existe uniquement sur St Brice un questionnaire de satisfaction résident et famille auto-administré.
Une évaluation interne est aussi réalisée à partir des grilles du conseil général AQUALIE.

Mais ces deux outils intéressants sont utilisés dans un processus administratif, comme une « obligation » annuelle, sans que l'information produite nourrisse un processus décisionnel.

Un projet d'évaluation de la démarche Humanitude destiné au soignant des services sera mis en place en 2010.

Des objectifs opérationnels

En complément à la réflexion qui ancre l'humanitude dans l'organisation des établissements, des objectifs d'amélioration plus ponctuels de l'organisation ont été choisis discutés par les groupes de travail, ils donnent lieux à des fiches actions.

L'accueil (Antrain)

L'arrivée dans l'établissement doit se vivre pour le résident comme un déménagement dans un nouveau domicile et non pas comme une hospitalisation, ou un placement.
Il faut éviter si possible l'urgence des accueils par une première étape en hébergement temporaire qui sera utilisé pour mettre en place un réel accueil.
Par ailleurs éviter au mieux qu'il y ait cassure ou rupture entre la vie à domicile et la vie en maison de retraite.

Création d'un pré-accueil

Le temps entre l'avis de la CMAO et l'entrée en établissement, permet au futur résident de continuer sa vie sociale tout en ayant pris la décision d'emménager dans la maison de retraite.
Une écoute attentionnée de la famille et du résident sur ses habitudes de vie qui va dès ce moment démarrer le projet de vie individuel.

La personnalisation de l'accueil

L'enjeu est d'éviter une dépersonnalisation par une disponibilité et une attention aux réelles attentes de la personne et de sa famille, là aussi c'est l'organisation qui se met au service du résident.

L'évaluation de l'accueil

Auprès du résident et de l'équipe doit être systématiquement réalisée pour pouvoir l'améliorer dans l'esprit de la mise en place d'une démarche qualité.

Réussir l'intégration des résidents (Saint Brice)

L'enjeu est de concilier la vie collective et la vie individuelle dans l'établissement pour que la personne se sente bien avec une vie sociale satisfaisante.
L'enjeu est assez rapidement de réajuster les dysfonctionnements, les manques, le déficit d'information…

- Renseigner le bilan de l'intégration
- Faire vivre le PAI en l'évaluant régulièrement
- mettre en place des PAI spécifiques aux résidents présentant des troubles du comportement

Sur St Brice, le rôle des aides médico-psychologiques (AMP) est plus concentré sur les personnes présentant des difficultés, elles font des actions au long de l'accompagnement (bain détente, espace snoezelen[8], stimulation par le chant…) mais celles-ci ne sont pas formalisées dans le cadre d'un projet d'accompagnement écrit.
Sur Antrain, depuis la disparition du long séjour, il faut retravailler leur rôle dans le cadre de l'EHPAD et prévoir celui-ci, pas seulement dans le cadre de l'entrée en établissement comme c'était le cas précédemment.

Mesurer la satisfaction des résidents et des familles (Antrain et St Brice)

La démarche qualité est pour l'instant construite autour des principes de l'assurance qualité et du contrôle de la qualité : comment s'organiser pour produire un service de qualité et comment mesurer a postériori que le service produit est conforme à la qualité voulue ?
C'est une démarche très efficace d'amélioration des services de production qu'il faut conduire de façon méthodique.

---

[8] "Snoezelen" est une contraction de "snuffelen" signifiant renifler et "doezelen" voulant dire somnoler, suggérant ainsi une sensation de langueur imprécise, un bien-être.
"Snoezelen" est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable.
On y fait appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher.

Mais ce regard de « producteur » doit s'enrichir d'une approche de la satisfaction : la qualité est au service du résident et de sa famille, il est donc primordial d'apprécier leurs attentes et leur perception des services qu'ils reçoivent.

Il a été décidé d'une démarche réintroduisant la recherche et la mesure de la satisfaction comme principe moteur de la démarche qualité.
Cette démarche est construite autour des points suivants :

- construction des outils : des enquêtes satisfaction adaptées à l'établissement et aux types de résidents : prévoir un outil spécifique pour les patients atteints de troubles cognitifs.
- une organisation du recueil pour obtenir des taux de réponses satisfaisant
- une réflexion sur l'utilisation des résultats dans la décision de la mise en place d'actions correctrices.

L'utilisation de la démarche satisfaction auprès des familles permettra de créer des liens avec elles (enquêtes, restitution, discussion…).
Cette démarche n'est pas exclusive, d'autres indicateurs objectifs, ou même plus subjectifs, qui seraient suivis auprès du personnel (perception des évolutions par le personnel.

Favoriser la vie sociale (Antrain)

C'est tout l'enjeu du projet de vie, créer des espaces de vie sociale en interne et ouvrir la vie sociale sur l'extérieur, répondre aux attentes de chaque résident de manière précise et régulière. Le projet d'accompagnement individualisé est en partie une déclinaison du projet social à chaque individu.

- Respecter le rythme de vie du résident.
- Partager un moment convivial, favoriser l'échange et le lien lors de l'instant repas.
- Favoriser l'image de soi pour que le résident se perçoive comme un citoyen à part entière.
- Favoriser le lien intergénérationnel par le biais d'un lieu dédié.
- Favoriser l'intégration des familles (animation, accueil, créer un lieu cafétéria à Antrain pour que l'information circule mieux).
- Ouvrir la vie sociale à l'extérieur (favoriser les votes, participation aux fêtes, recevoir leur journal dans leur boite aux lettres, participer aux différents clubs, faire ses courses, partir en vacances, aller au restaurant, aller au cimetière dans la commune d'origine, participer à un journal interne, voir une chaîne d'information télévisée interne, exposition, mise à disposition de la salle de spectacle, parc animalier, les accompagner de suffisamment de communication et évaluer l'impact par la participation, par la notoriété).

L'IDE garante et au service de l'intégration du projet de soins dans le projet de vie

- Optimiser la relation avec le résident en le connaissant mieux et en transmettant cette connaissance.
- Se rendre disponible pour améliorer la relation avec la famille : prévoir des moments ou elle sera disponible pour rencontrer les familles.
- Renforcer le travail d'équipe : par la coordination, l'organisation des staffs et la transmission des informations.

- Faciliter la communication entre les médecins libéraux et l'équipe soignante.
- Optimiser la relation du SSIAD avec les médecins, les IDE libérales et autres paramédicaux.
- Assurer la transmission lors d'une hospitalisation et lors de la sortie.

La restauration temps fort de la vie des résidents (Antrain et St Brice)

Le temps du repas rythme la vie des résidents, c'est un temps particulièrement important dans le maintien d'une vie sociale dans l'établissement. L'ambiance et la qualité des repas conditionnent fortement le sentiment de satisfaction globale des résidents et de leur famille.
Cette prise en compte du repas n'est évidemment pas une idée neuve et les réflexions ont été réalisées dans la continuité de celles déjà menées dans les projets antérieurs.

Quatre axes de travail ont étés développés autour du repas :
- Favoriser l'autonomie dans le repas
- Créer l'agrément et la convivialité du repas
- Susciter l'envie de manger : repas plaisir
- Recevoir la famille, « ouvrir à l'extérieur »

LISTE DES THEMES ET DES ACTIONS

VIE SOCIALE

- T1 : Respecter le rythme de vie du résident
- T2 : Partager un moment convivial, favoriser l'échange et le lien lors de l'instant repas
- T3 : Favoriser l'image de soi pour que le résident se perçoive comme un citoyen à part entière
- T4 : Favoriser le lien intergénérationnel par le biais d'un lieu dédié

ACCUEIL

- T1 : Connaître la personne et s'en faire connaître : création d'un pré-accueil
  - A.1 Organisation d'une rencontre préalable : communication, explication
  - A.2 Organisation d'une rencontre au domicile de la personne : « diagnostics » divers
  - A.3 Organisation d'un temps de pré-accueil sur le futur lieu de vie : proposer des choix de vie

- T2 : Réussir l'accueil
  - A.1 Donner un véritable rendez-vous : accueillir
  - A.2 Créer un accueil personnalisé : accompagner

- T3 : Evaluer l'accueil
  - A.1 Le vécu du résident
  - A.2 Le vécu de l'équipe

BILAN DE L'INTEGRATION

- T1 : Intégration réussie
- T2 : Améliorer le taux de retour des enquêtes de satisfaction
- T3 : Faire vivre le PAI
- T4 : PAI spécifique aux résidents présentant des troubles du comportement

L'IDE - LEADER REFERENTE

- T1 : Optimiser la relation avec le résident
- T2 : Se rendre disponible pour améliorer la relation avec la famille
- T3 : Renforcer le travail d'équipe
- T4 : Faciliter la communication entre les médecins libéraux et l'équipe soignante
- T5 : Optimiser la relation du SSIAD avec les médecins, les IDE libérales et autres paramédicaux
- T6 : Assurer la transmission lors d'une hospitalisation et lors de la sortie

LA RESTAURATION TEMPS FORT DE LA VIE DES RESIDENTS

- T1 : Que le repas soit un temps agréable et convivial
- T2 : Repas plaisir = donner envie de manger
- T3 : Recevoir sa famille

Liste des thèmes et aspirations groupe 4 Projet médico-social

THEMES ASPIRATIONS

ACCUEIL

T1 - Connaître la personne et s'en faire connaître : création d'un pré-accueil

A.1 - Organisation d'une rencontre préalable : communication, explication
A.2 - Organisation d'une rencontre au domicile de la personne : « diagnostics » divers
A.3 - Organisation d'un temps de pré-accueil sur le futur lieu de vie : proposer des choix de vie

T2 - Réussir l'accueil

A.1 - Donner un véritable rendez-vous : accueillir
A.2 - Créer un accueil personnalisé : accompagner

T3 - Evaluer l'accueil

A.1 - Le vécu du résident
A.2 - Le vécu de l'équipe

Nom des participants :
Mme Sylvie Pigeon
Mme Christine Bregain
Mme Christine Vaugeois
Mme Martine Hubert
Mme Ghislaine Dudoit

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**1**	Préparer l'accueil	Se faire connaître et connaître la personne (et sa famille selon le choix de la personne)	Organiser une rencontre préalable entre la gouvernante, le médecin coordonnateur et la psychologue		Créer un premier lien réussi	Bilan sur le vécu du nouvel habitant	Temps coordonnateur, psychologue, cadre, gouvernante	Janv.10	M. Hubert B. Mordellet J. Petitpas
1	**1**	Préparer l'accueil	Se faire connaître et connaître la personne (et sa famille selon le choix de la personne)	Dans le respect de la personne, rassembler l'histoire de vie pour pouvoir entrer avec son « histoire personnelle » sans l'abandonner à l'entrée		Eviter le déracinement et reprendre racine dans le nouvel habitat	Bilan sur le vécu du nouvel habitant	Temps psychologue Présence soignant (AS, AMP) travail référent		
1	**1**	Préparer l'accueil	Se faire connaître et connaître la personne (et sa famille selon le choix de la personne)	Rencontre avec l'agent administratif pour rassembler le plus efficacement et avec le plus de tact les informations administratives strictement nécessaires		Simplicité pour la personne, efficience pour l'institution	Délai de constitution du dossier et nombre d'intervention auprès de la personne ou de la famille	Temps de coordination cadre/agent administratif		
1	**2**	Préparer l'accueil	Se faire connaître et connaître la personne (et sa famille selon le choix de la personne)	Si la personne est d'accord, organiser une rencontre au domicile (2 personnes dont un « soignant »)		Créer une passerelle entre le domicile et le nouvel habitat	Bilan sur le vécu du nouvel habitant	Temps d'organisation et disponibilité visite		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**3**	Préparer l'accueil	Faire que l'entrée soit un « choix assumé » par la personne elle-même	Proposer une visite du nouveau lieu de vie, présenter les habitants et les soignants : proposer des choix		Expression de choix de vie par la personne	Expression de choix	Disponibilité Temps du référent Humanitude comme « passeur de liens »		
1	**3**	Préparer l'accueil	Prendre en compte les souhaits de la personne	Expliquer le projet de vie et être attentif aux attentes de la personne		Expression de choix de vie par la personne Compréhension par la famille du primat de l'autonomie de la personne	Expression de choix	Ecoute et capacité à aménager les organisations (ex : avoir ses draps, meubles, bibelots… perso ; avoir son chat…)		
1	**1**	Préparer l'accueil	Donner un contenu positif à l'entrée	Prendre un véritable rendez-vous pour le jour de l'accueil		Que le résident se sente attendu	Satisfaction de la famille et du résident	Personnes présentes pour le pré accueil sont également présentes pour l'accueil		
2	**1**	Réussir l'accueil	Donner rendez-vous à la personne	Etre à l'entrée ou à l'ascenseur. Aller à la rencontre du nouvel arrivant		Que le résident se voie attendu	Satisfaction de la famille et du résident	Présence et ponctualité du personnel		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
2	**1**	Réussir l'accueil	Donner rendez-vous à la personne	Proposer le repas ensemble avec le personnel selon le choix de la personne et de la famille		Eviter la rupture brutale avec la famille	Satisfaction de la famille et du résident	Organisation au sein du restaurant Lien avec l'animatrice		
2	**1**	Réussir l'accueil	Donner rendez-vous à la personne	Aider et accompagner l'installation de la personne : Meubles, photos, bibelots… Inventaire et rangement du linge		Occupation positive Appropriation du lieu Apaisement à l'entrée	Expression de choix	Disponibilité équipe, y compris équipe technique ou agent détaché à cette aide à l'installation (agent hôtelier ?)		
2	**2**	Réussir l'accueil	Créer un accueil personnalisé	S'occuper de la personne. Lui montrer une attention chaleureuse mais respectueuse avec un service de qualité (bouquet, mot d'accueil…)		Que la personne se sente respectée Qu'elle se sente accueillie	Satisfaction des intéressés	Lien avec l'animatrice et la référente Humanitude. si possible lien avec un directeur Lien avec un représentant résident du hameau		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
2	**1**	Engager une politique d'amélioration continue des conditions d'accueil	Evaluer l'accueil auprès des résidents et recueillir le vécu du résident (la suite de l'accueil, la cohérence de ce qui a été affiché à l'accueil et la réalité perçue de la vie dans le hameau)	Créer une fiche de satisfaction		Amélioration de l'accueil comme évitement de la « rupture décompensatoire » et comme appropriation d'un nouveau lieu de vie	Résultat de l'enquête	Politique qualité des établissements		
		Engager une politique d'amélioration continue des conditions d'accueil	Evaluer l'accueil auprès du personnel pour améliorer l'implication dans le processus d'intégration	Etablir des bilans systématiquement en staff		Amélioration de l'accueil comme évitement de la « rupture décompensatoire » et comme appropriation d'un nouveau lieu de vie	Bilan (notamment dans le rapport du médecin coordonnateur)	Tenue régulière et organisation des staffs Rapport du médecin coordonnateur (en lien avec équipe qualité)		

Grille de travail :

Groupe : Projet de vie – Projet de soins HA
Sous groupe : VIE SOCIALE
Noms des participants :
Mlle J. Desthomas
M. A. Legrill
Mme C. Bonin
M. D. Cazin
Mme L. Lenormand

Liste des thèmes et aspirations

THEMES/ASPIRATIONS/OBJECTIFS/ACTIONS

Thèmes *Aspirations*

T1 *Respecter le rythme de vie du résident*

T2 *Partager un moment convivial, favoriser l'échange et le lien lors de l'instant repas*

T3 *Favoriser l'image de soi pour que le résident se perçoive comme un citoyen à part entière*

T4 *Favoriser le lien intergénérationnel par le biais d'un lieu dédié*

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T1	Respecter le rythme de vie du résident		- Petit déjeuner à horaire variable - Permettre la sieste - Permettre une douche le soir si envie		- Satisfaction des résidents	- Recueil de témoignages du résident, du personnel	- Réorganisation du planning des tâches - Faire un test sur une unité après avoir réfléchi à une nouvelle organisation	6 mois	D. Cazin M. Hubert
T2	Partager un moment convivial, favoriser l'échange et le lien lors de l'instant repas		- Permettre au personnel de partager leur repas en salle à manger avec les résidents		- Satisfaction des résidents et du personnel - Echange personnalisé	- Questionnaire de satisfaction (résidents, personnels)	- Réorganisation des salles de restaurant (ajout de tables)	6 mois	D. Cazin M. Hubert

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T3	Favoriser l'image de soi pour que le résident se perçoive comme un citoyen à part entière		- Proposer au personnel soignant le choix d'une tenue civile		- Satisfaction des résidents et du personnel	- Satisfaction des résidents et du personnel (questionnaire)	- Achat de surblouses pour soins spécifiques - Liberté laissée au personnel d'acheter ses tenues 5avec critères de composition) - Consulter la BPR[9] pour faisabilité		J. Petitpas
T4	Favoriser le lien intergénération nel par le biais d'un lieu dédié (cafétéria)		- Créer une cafétéria attractive par le choix et le prix ouverte à tous (résidents, patients, famille...)		- Satisfaction de tous	- Enquêtes de satisfaction	- Achat de matériel (budget prévisionnel ≈ 400 €) et utilisation du matériel déjà en stock	3 mois	J. Des-thomas

[9] Blanchisserie du pays de Rance : blanchisserie inter hospitalière située à Taden près de Dinan et dont les hôpitaux d'Antrain et St Brice sont adhérents.

Grille de travail : ST BRICE
Groupe : Projet de vie – Projet de soins
Sous groupe : BILAN DE L'INTEGRATION
Noms des participants :
Mlle A L Démurger
Mme C Duhamel

Liste des thèmes et aspirations **THEMES/ASPIRATIONS/OBJECTIFS/ACTIONS**

Thèmes *Aspirations*

T1 Intégration réussie

T2 *Améliorer le taux de retour des enquêtes de satisfaction*

T3 *Faire vivre le PAI*

T4 *PAI spécifique aux résidents présentant des troubles du comportement*

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T1	Intégra-tion réussie		- A 5 jours de l'entrée faire un bilan rapide de l'intégration - A programmer des l'entrée dans le DIP=date du bilan l'intégration (en concertation avec le résident, la famille, le psychologue...) - Renseigner la fiche « dernières volontés » si non fait - Rentrer le bilan de l'intégration dans le dossier de soins informatisé		- Bilan à 5 jours permet de réajuster de suite les dysfonctionnements - Le résident se sent bien - La famille est rassurée - La confiance s'est installée - La fiche est renseignée, l'équipe est au courant - Renseignements accessibles à tous donc meilleure connaissance et meilleure cohésion - 80% des résidents ont fait l'objet du bilan d'intégration	- Enquête rapide (formelle ou informelle) - Questionnaire de satisfaction	- Programmer 1 personne et 1 jour pour ce bref entretien - Présence du référent, de la psychologue - Intégrer ce temps dans les fiches de tâches - Document accessible à toute l'équipe - Créer un dossier adapté sur OSIRIS - Référent ou psychologue rentrent les données		

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T2	Améliorer le taux de retour des enquêtes de satisfaction		- Reprendre le questionnaire de satisfaction actuel en prenant en compte les thèmes définis suite à la sensibilisation Humanitude Exemple: respect du rythme de vie du résident - Travailler la diffusion, l'information, l'affiche, la sensibilisation des équipes pour inciter au remplissage de l'enquête - Donner une date butoir de réponse (1 mois) - Donner les conclusions de l'enquête dans un délai de 2 mois - Extension de l'enquête à l'hôpital d'Antrain		➲ 1 à destination *des personnes pouvant répondre* ➲ 1 à destination *des personnes ne pouvant pas répondre* ➲ 1 à destination *des familles* - Taux de retour au moins 50%	- Taux de retour > 50%	- Groupe de travail - Affichage de l'enquête avec explication - Demande à l'équipe de faire des rappels en précisant pourquoi c'est important - Au besoin aider à remplir en restant neutre et en croisant les acteurs		

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T3	Faire vivre le PAI en l'évaluant régulièrement		- Reprendre les PAI dans tous les services et un à un - S'organiser pour faire vivre le projet - Maintenir le PAI dans les HDC et en faire une force dans l'organisation - L'intégrer dans les fiches de tâches (quantifier le temps) - L'évaluer à périodicité régulière (1 fois / an) ou plus fréquemment si changement de l'état de santé de la personne - L'évaluation doit être pluridisciplinaire - Renseigner le dossier de soins sur le résultat de cette évaluation - Alerte dans le DIP afin que l'équipe prenne connaissance de cette évaluation ou réévaluation - Création des critères d'évaluation		- Evaluation de l'ensemble des résidents sur une année	- 100% des résidents ont fait l'objet d'une mise en place ou d'une évaluation du PAI	- Fiches de tâches adaptées - Temps dédié - Arrêter les dates de mise en place ou d'évaluation des PAI - Référent, animateur, psychologue, cadre, IDE...présents - Logiciel adapté à la vie sociale		

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T4	PAI spécifique aux résidents présentant des troubles du comportement (prise en charge spécifique)		- Formation d'une équipe pluridisciplinaire volontaire - Accueil de jour en un lieu prédéfini (½ hameau) - Lieu de vie adapté (sécurisé?) - Fonctionnement de cet accueil 7j/7 ? - Accueil de résidents en provenance des HDC mais aussi de l'extérieur - Prendre contact avec Philippe Crône qui a déjà mis en place un tel accueil - Rechercher des financements pour la création de ce type d'unité		- Le résident est apaisé, les troubles s'atténuent	- Le résident peut réintégrer son lieu de vie ou domicile, les troubles sont minorisés	- Equipe pluridisciplinaire - Lieu adapté - Financement - S'appuyer sur d'autres expériences (visites...)		

Grille de travail :

Groupe : Projet de vie – Projet de soins HA
Sous groupe : L'IDE = LEADER REFERENTE
Noms des participants :
Mme J. Petitpas
Mme C. Petit
Mme C. Bouffard
Dr M. Haberbusch
Mme P. Malidor

Liste des thèmes et aspirations

THEMES/ASPIRATIONS/OBJECTIFS/ACTIONS

Thèmes *Aspirations*

T1 *Optimiser la relation avec le résident*
T2 *Se rendre disponible pour améliorer la relation avec la famille*
T3 *Renforcer le travail d'équipe*
T4 *Faciliter la communication entre les médecins libéraux et l'équipe soignante*
T5 *Optimiser la relation du SSIAD avec les médecins, les IDE libérales et autres paramédicaux*
T6 *Assurer la transmission lors d'une hospitalisation et lors de la sortie*

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T1	Optimiser la relation avec le résident		- Bien connaître les antécédents et parcours de vie - Connaître les goûts et les attentes du résident		- le résident se sent chez lui - La relation de confiance s'établit entre le soignant et le résident	- Enquête de satisfaction à remplir 15 jours après l'entrée	- Pré accueil et accueil pour le recueil d'information auprès du résident et de sa famille - Informations entrée dans le DIP (Dossier Info du Patient) - Libérer du temps à l'IDE, AS, AMP pour réaliser ce pré-accueil, accueil - Inclure ce temps dans les fiches de tâches		
T2	Se rendre disponible pour améliorer la relation avec la famille		- Déterminer des plages horaires permettant aux familles de rencontrer les IDE, l'équipe, le médecin - Recueillir les informations près de la famille pour la prise en soins de la PA démente ou non communicante		- Relation de confiance - Eviter aux familles le sentiment de culpabilité - Famille rassurée	- Enquête de satisfaction à destination des familles à remettre lors de l'accueil - La famille se sent acteur de la prise en charge de son parent	- Note d'information aux familles sur le service, les rôles - Fixer 1 jour par semaine permettant ces RDV - Inclure ce temps dans les fiches de tâches - Intégrer les familles aux pré accueils et accueils des PA démentes ou non communicantes		

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
T3	Renforcer le travail d'équipe		- Etendre les staffs à l'EHPAD - En faire une synthèse accessible dans le DIP - Equipe Pluridisciplinaire lors des staffs (diét, kiné, ergo, animatrice, psycho, médecin, IDE, AS, ASH, AMP…) - En début de staff, reprise du contenu du dernier staff - Travailler davantage en binôme (IDE/AS/ASH) -Evaluation des capacités du résident (toilette évaluative…) - Test sur une unité		- Prise en soins globale du résident - Meilleur suivi de l'évolution de l'état de santé du résident -Evaluation de l'évolution des capacités du résident - La synthèse des staffs accessible dans le DIP permet à tous les intervenants d'être au courant - Meilleure coordination des soins - Respect du maximum des habitudes de vie (comme au domicile) - Meilleure connaissance du résident		- Planifier jour de semaine pour staffs en EHPAD - Fiches de tâches revues incluant ces temps staffs et pour les divers intervenants - Chaque matin décider en équipe de l'organisation de la journée intégrant ce travail en binôme		
T4	Faciliter la communication entre les médecins libéraux et l'équipe soignante		- Remettre en place des plages horaires déterminées pour le passage des médecins - Traçabilité médicale dans le DIP - Evaluer et transmettre régulièrement aux médecins l'état général et l'autonomie du résident afin de mettre en		- Meilleure communication -Meilleure cohésion des soins - Adhésion de l'équipe à la prise en soins - L'équipe entière se sent acteur		- Fiche de tâches IDE à revoir pour permettre à l'IDE d'accompagner le médecin lors de sa visite - Plus grande disponibilité des médecins		

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
			place rapidement des actions correctives nécessaires - Tracer la réflexion bénéfice /risque discutée en équipe pluridisciplinaire afin d'avoir une action concertée à laquelle l'équipe adhère - Programmer les visites des médecins dans le DIP						
T5	Optimiser la relation du SSIAD avec les médecins, les IDE libérales et autres paramédicaux		- Inciter tous les intervenants près de la personne à consulter et alimenter le dossier en place au domicile - Staffs pluridisciplinaires 1fois/mois en invitant un médecin différent à chaque fois ainsi qu'une IDE, une auxiliaire de vie… - Autour d'une prise en soins difficile provoquer		- Tous les acteurs sont au courant des « événements » et peuvent adapter leur prise en soins en fonction - Meilleure cohésion des intervenants -Meilleure prise en soins du patient - Meilleure relation et cohésion avec l'entourage - Stratégie commune	- Enquête de satisfaction - Enquête de satisfaction à la fin de	- Calendrier des staffs mensuels à faire à l'année et envoi à tous les intervenants afin qu'ils se positionnent - Trouver le moment opportun pour tous		

Thème	Aspiration	Obj.	Actions	Priorité de l'action	Résultat Attendus	Indicateurs : Comment sait-on que le résultat est atteint ?	Moyens ou ressources nécessaires	Délai de réalisation	Porteur du projet
			une « réunion extraordinaire » incluant médecin et autres intervenants		en prise de soins - Adhésion de l'équipe au projet, se sent acteur - Participants et entourage satisfaits	la prise en soins			
T6	Assurer la transmission lors d'une hospitalisation et lors de la sortie		- Fiche de transmission correctement remplie (papier ou Osiris) - Si hospitalisation en interne = rencontrer l'équipe qui accueille pour partager les informations -Renseigner dès l'accueil sur DIP un icône indiquant la prise en charge par le SSIAD - Equipe qui accueil alerte le SSIAD si entrée en urgence		- Rupture moins ''violente'' entre la prise en soins au domicile et à l'hôpital - Equipe du SSIAD au courant - Equipe qui accueille mieux informée - Prise en soin à l'hôpital plus cohérente		- Icône sur Osiris pour alerter le SSIAD et l'hôpital - Lecture des transmissions sur Osiris par le SSIAD pour suivre l'évolution de l'état de santé		

Liste des thèmes et aspirations groupe 4 Projet de vie avril 2009

THEMES ASPIRATIONS

ACCUEIL

T1 - Restauration : temps fort de la vie des résidents

A.1 - Favoriser l'autonomie dans le repas
A.2 - Créer l'agrément et la convivialité du repas
A.3 - Susciter l'envie de manger : repas plaisir
A.4 - Recevoir « la famille », ouvrir à l'extérieur

Nom des participants :

Mme Anicette Allombert
M. Karim Baccouche
M. David Galle
Mme C Bouffard
Mme Martine Hubert

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**1**	Favoriser l'autonomie dans le repas	Améliorer l'ergonomie des couverts (verre à pied, couvert adaptés à chaque cas…)	Evaluer les situations individuelles, acquérir les matériels adaptés, suivre au quotidien les plans individuels		Estime de soi du résident	Diminution de l'aide au repas	Temps d'évaluation impliquant l'ergothérapeute Acquisitions matériels		
1	**1**	Favoriser l'autonomie dans le repas	Adapter le service du repas au résident	Evaluer les situations individuelles suivre au quotidien les plans individuels		Estime de soi du résident Efficience nutritionnelle du repas	Mesure des quantités non consommées/jetées Suivi courbe de poids Mesure de l'autonomie	Formation des personnels aux textures adaptées et au service adapté aux habitants présentant des troubles cognitivomnésiques Organisation autour des postes hôteliers		
1	**1**	Favoriser l'autonomie dans le repas	Rasséréner « l'exercice » du repas et éviter la crainte de l'échec chez le convive	Mettre en place le repas thérapeutique (soignant et résident)		Meilleur suivi des comportements alimentaires des résidents, stimulation par mimétisme, création de lieu de vie	Indicateurs de nutrition	Journée TEST en juin 09 lors de la journée de l'alimentation à l'hôpital Création d'un groupe de travail pour définir les conditions		
1	**1**	Favoriser l'autonomie dans le repas	Rasséréner « l'exercice » du repas et éviter la crainte de l'échec chez le convive	Compartimenter l'espace de restauration pour que chaque résident quel que soit son degré d'autonomie se sente dans un espace sécurisant		Protéger des regards, les personnes ayant des difficultés à s'alimenter seules (éviter la mise en échec)	Enquête de satisfaction des résidents	Cloisons mobiles		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**2**	Créer l'agrément et la convivialité du repas	Améliorer le cadre	Planifier une décoration adaptée des salles de restaurants (murs, mobilier, rideaux, nappes et couverts		Plaisir du résident	Augmentation de la durée du temps du repas (comme volonté des résidents de prolonger le moment)	Décorateur Planification des achats Réflexion sur l'entretien (nappes….)		
1	**2**	Créer l'agrément et la convivialité du repas	Garantir des horaires de service du repas constants dans la semaine et en fin de semaine	objectiver les priorités dans le déroulement des tâches le matin et savoir s'adapter en permanence		Eviter de faire attendre les résidents	Relevé quotidien du début du repas (ou par sondage) : 12h30 et 18h30	Nombre de personnel constant 7/7 et amélioration de l'organisation		
1	**2**	Créer l'agrément et la convivialité du repas	Créer une ambiance conviviale	Réfléchir au maintien des TV en salle à manger qui freine les échanges verbaux et identifier les substituts d'ambiance globale		Facilite le lien, la communication en salle à manger	Echanges verbaux	Réflexion avec décorateur/restaurateur A débattre en conseil de vie sociale		
1	**2**	Créer l'agrément et la convivialité du repas	Favoriser la convivialité et le choix	Permettre aux résidents de choisir leur place en salle à manger		Convivialité Respect de la liberté de choix dans la limite de la vie collective	Enquête de satisfaction des résidents	Informations des résidents CVS		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**2**	Créer l'agrément et la convivialité du repas	Eviter la « mise à distance » des autres que peut créer le fauteuil roulant	Installer sur des chaises de salle à manger permettant aux habitants de quitter le fauteuil roulant		Optimiser l'espace de restauration, valoriser les capacités des résidents, limiter la dépendance au fauteuil roulant	Confort du résident Améliorer la qualité du lien avec les convives (mise au « même niveau »)	Achat de chaises à accoudoirs		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Améliorer le service du repas	Améliorer la présentation sur assiette		Meilleure appétence	Mesure des quantités non consommées/jetées	Formation du personnel par les cuisiniers à la présentation des assiettes. Renouvellement des tenues du personnel		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Améliorer l'information sur les mets	Noter le menu midi et soir sur le tableau en salle à manger et l'énoncer à voix haute		Information des résidents sur le menu servi	Poids	Sensibilisation du personnel par référents commission nutrition Formation service (annonce des mets…)		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Mieux gérer le médicament au regard du repas	Décaler la prise des médicaments à la fin du repas pour les résidents qui s'alimentent peu et « démédicaliser l'ambiance de distribution »		Privilégier la qualité gustative	Suivi nutritionnel (surv. Alimentaire, poids, biologie)	Formation du personnel, CLAN, commission de nutrition		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Mieux gérer le médicament au regard du repas	Identifier les médicaments qui modifient le goût		Privilégier la qualité gustative	Suivi nutritionnel (surv. Alimentaire, poids, biologie)	CLAN, Pharmacien		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Améliorer l'intérêt gustatif du repas	Maintenir la température des plats pendant le service des repas		Manger chaud	Enquête de satisfaction des résidents	Réflexion sur les conditions de service des 3 principaux repas commission de nutrition, CLAN		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Modifier le rapport au repas pour en refaire un moment positif	Organiser des rencontres avec les cuisiniers		Informer sur les conditions de préparation des repas, renforcer le lien habitant/cuisiniers	Echanges directs prestataires bénéficiaires	Commission de restauration, visites des cuisines par les résidents, ateliers culinothérapie		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Améliorer le rapport au « choix » comme élément d'autonomie	Prendre en compte les souhaits des habitants pour tous les repas de la journée		Respect du choix, droit du résident à la variété (demande de pain grillé le matin)	Enquête de satisfaction des résidents	Equipement en grille pain ? Mise en place d'un cahier d'office support pour les réunions de commission de restauration (synthèse par référents)		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Améliorer le rapport au « choix » comme élément d'autonomie	Modifier les trames de menus en fonction des volontés exprimées		Transmettre les demandes, satisfactions et insatisfactions des résidents	Evolution des menus	Diététicien, cuisiniers		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Améliorer le rapport au « choix » comme élément d'autonomie	Utiliser d'avantage la carte lors de l'élaboration des commandes en laissant choisir les résidents		Respect de la liberté de choix	Commande de repas	Personnels, commission nutrition		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Améliorer le rapport au « choix » comme habitude et « façon de faire »	Recueillir les habitudes de vie, les goûts et aversions et réévaluer		Respect de l'histoire de vie, continuité de vie par rapport au domicile	Enquête de satisfaction des résidents	Utilisation de l'icône spécifique sur DIP, tableau d'office cf. Villecartier		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Respecter le rythme de vie du résident (qu'il soit lié ou pas à la pathologie)	Identifier les résidents nécessitant un service de repas à des horaires atypiques (ex la nuit)		Bien-être global (ne pas contrarier un équilibre, même aberrant) et garantir l'alimentation	Transmissions diminution de l'agitation du résident	Commande des « en cas nocturnes » auprès des cuisiniers		
1	**3**	Susciter l'envie de manger	Réveiller le plaisir de préparer le repas	Permettre aux résidents d'élaborer un menu personnalisé au travers de l'atelier de culinothérapie		Favoriser les initiatives des résidents, prise en compte de l'histoire de vie	Planning d'utilisation de l'atelier	AMP, animatrice, cuisiniers		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**4**	Recevoir « la famille », ouvrir à l'extérieur	Faire du repas et de sa confection une occasion de lien avec la famille	Mettre à disposition l'atelier culino pour qu'un résident puisse cuisiner pour recevoir ses proches		Tendre vers un lieu de vie	Planning d'utilisation de l'atelier	Conditions et délais d'utilisation de l'espace à définir		

ATELIER RESSOURCES HUMAINES

La philosophie de la gestion des ressources humaines est d'organiser les liens entre les individus et l'organisation de façon à servir la stratégie de l'organisation, tout en améliorant la qualité au travail et en favorisant l'épanouissement du personnel.

Un management par le projet partagé

Au cœur du projet lui-même, l'autonomie des agents ne peut s'épanouir que dans en environnement collectif permettant une écoute d'une part et offrant d'autres part à tous un cadre construit sur des objectifs de soins partagés …

Ceci implique de développer et d'organiser les lieux de concertations comme il a été fait pour l'élaboration du planning des personnels des hameaux du Coglais ou la fixation des temps de staff a été prioritaire.
Dès 2010, cette logique sera mise en place dans les différents services de l'établissement médecine, soins de suite, EHPAD.

La satisfaction des personnels comme moyen et objectif

La satisfaction des personnels au travail est aussi à relier à la qualité et à la réalisation du projet, s'il est compétent et informé des projets et enjeux, il peut devenir efficace.
La satisfaction au travail permet d'envisager des recrutements facilités.

Outre la satisfaction dans le travail, il est également possible d'envisager des actions extérieures au temps de travail mais de nature à faciliter l'exercice : réservation de places de crèche, organisation ciblée d'activité de ressourcement ou de détente au bénéfice des soignants.

Axe 1 : gestion des compétences du personnel

Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et compétences

Il s'agit de permettre à notre première ressource, la « ressource humaine », de relever les défis de demain (des créations de services, des modifications de prise en charges, de nouvelles obligations, des pénuries de certaines catégories de personnels…).

Afin de permettre d'anticiper l'adaptation de notre force de travail aux réalités de l'hôpital de demain, il est nécessaire de développer une approche à la fois qualitative et quantitative :

- une approche quantitative :

Il s'agit d'une part d'anticiper le nombre de personnel pouvant quitter l'établissement dans une période donnée (retraite, mutation possible…) et ceux pouvant intégrer ou réintégrer l'établissement, dans une catégorie donnée (retour de formation IDE, fin de congé parental etc.). Il s'agit **d'anticiper toutes baisses ou hausses d'effectifs involontaires**.

- une approche qualitative :

D'une part, il importe de réfléchir au **renouvellement des personnels « sortants »** par l'accueil de personnels possédant les mêmes compétences ou des profils différents. En effet, **l'évolution des besoins en compétences** doit être prise en compte (par exemple : il se pourrait qu'au niveau des services techniques, le départ en retraite d'un peintre soit compensé par l'arrivée d'un électricien, si les besoins le justifient).

D'autre part, il se peut que des missions nouvelles ou des modifications de l'offre sanitaire et médico-sociale amène à des **recrutements complémentaires de compétences spécifiques** (qualiticien, psycho motricien etc.) ou que des **personnels déjà en poste n'acquièrent de nouvelles compétences** (par exemple : formations au PMSI, à la qualité...). Dans cette optique, les **reclassements** de personnels et **aménagements de poste** peuvent jouer un rôle non négligeable (par exemple : aide-soignante en poste aménagé de soutien aux infirmières).

Enfin, il s'agit d'anticiper **la pénurie de certaines catégories de personnels** en adoptant une stratégie basée à la fois sur la formation (études promotionnelles) et sur le recrutement ciblé.

Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants

Dans l'assemblage des compétences, des connaissances et des pratiques dont résultent les services rendus, il y a de manière indispensable les savoirs et savoir faire acquis par l'enseignement et l'apprentissage initial ou en formation continue.
Il y a également les savoirs empiriques, les tours de mains. Et il y a les informations et connaissances « endémiques » liées aux lieux et aux hommes du lieu. Une partie de ces connaissances est retranscrite, mais l'oralité et la praxis sont des médias également importants.
L'objectif est de favoriser la transmission de ces connaissances qui ne sont pas forcément obsolètes parce que l'agent qui en dispose atteint la limite d'âge.

Tout moyen peut être mis en œuvre pour cette transmission :

- un catalogue ou un écrit (comme par exemple, les points de contrôles techniques des réseaux d'eau établi par un agent des services techniques en 2007 au cours de sa dernière année d'exercice).
- une période de transmission entre l'agent sortant et l'agent entrant.

Gérer les remplacements classiques ou d'urgence

L'enjeu des remplacements est de taille car un remplacement mal organisé génère de la tension au sein des équipes, du travail supplémentaire pour l'encadrement, le bureau du personnel et tous les agents du service concerné. Les risques pour les patients, résidents ou usagers sont non négligeables dans certaines situations.

Il importe donc de mettre en place des systèmes permettant à la fois de **répondre rapidement aux besoins inévitables de remplacements** par une meilleure anticipation des besoins en remplacement, mais aussi de **répondre à la hauteur de la qualité de service attendue**. Un remplaçant doit être opérationnel le plus rapidement possible et pour cela, doit détenir rapidement une certaine connaissance des tâches comme du service.

La mise en place d'un **pool de remplacement** permettrait de répondre à une partie des problématiques posées (personnels disponibles, formés, habitués à s'adapter rapidement à un service). En outre, la **formation des nouveaux arrivants**, dont la plupart assurent les fonctions de remplaçants, doit être renforcée tant en fréquence qu'en contenu.

Adapter les effectifs à la variation de l'activité

Notre projet d'établissement retient comme un principe de s'adapter à la demande : être en capacité de répondre positivement à toute demande pour autant qu'elle entre dans le champ des compétences et des missions de nos établissements. Cela suppose de disposer des capacités physiques (c'est l'enjeu des capacités en lits), mais bien plus encore de parvenir à disposer des compétences requises au moment requis.
Cela requiert anticipation (en lien avec les partenaires extérieurs, adresseurs), analyse (des flux annuels), veille (situations de pandémie) d'une part et d'autre part que les organisations soient pensées en ce sens et qu'un consensus interne soit obtenu sur ce point.
La question du temps médical doit être étudiée spécifiquement.

Emploi précaire Travailleurs handicapés

L'emploi précaire est une dimension nouvelle en Fonction Publique Hospitalière, mais bien réelle. Des incitations financières contribuent à l'origine du développement de ce type de statut des personnels des hôpitaux. Il existe également des emplois précaires liés aux besoins en remplacement.

L'objectif est d'une part de reconnaître la nécessité du recours à l'emploi précaire (contrats aidés et contrat de très courtes durées) pour des raisons financières et de gestion des absences, donc de l'inclure dans la comptabilisation des effectifs.

D'autre part, il s'agit de compenser une partie de la « précarité » par des bénéfices secondaires pour ces personnels, par exemple :

- Pour les personnes en contrat aidé, cela passe par l'élaboration d'un projet professionnel, la participation à des formations en intra ou extra.

- Pour les personnels en CDD de courte ou moyenne durée, cela passe par un allongement de la durée du contrat, par un déroulement de carrière plus conforme à celle des titulaires.

L'accueil de travailleurs handicapés s'effectue principalement dans le cadre de contrats aidés mais pas uniquement. Il est important d'établir des liens avec la médecine du travail et l'ADIPH[10] pour l'adaptation aux postes notamment ; mais également de réaliser un travail d'information et de sensibilisation des équipes pour favoriser l'intégration de personnels handicapés.

Evaluation et formation: un entretien unique

Le nouveau décret relatif à la formation tout au long de la vie a permis une harmonisation naturelle des pratiques en matière d'évaluation et de formation : ainsi l'entretien d'évaluation inclut, depuis l'été 2009, un entretien de formation. Cela permet un lien direct entre objectifs à réaliser et compétences à acquérir.

A terme, il importe de tisser un lien plus étroit entre objectifs de l'établissements et formation : les demandes individuelles de formations hétéroclites seront en partie canalisées vers quelques objectifs centraux pour donner plus de force à ces actions prioritaires. Néanmoins, des vœux de formations spécifiques pourront toujours être réalisés, mais il importera dès lors d'en évaluer la plus value a priori et a posteriori.

L'entretien d'évaluation/formation permettra de mieux faire comprendre aux évalués les priorités de formation en lien avec les objectifs annuels de l'établissement, mais pourra également promouvoir une demande de formation individualisée émanant de l'évalué ou de l'évaluateur. L'entretien aura permis une « évaluation a priori » de la plus value de la formation en question.

Afin de connaître l'impact des différentes formations sur les pratiques des personnels, l'évaluation « a posteriori » des formations suivies devrait être effectuée sur une base méthodique (cf. démarche qualité).

Enfin, il est important pour développer une vision globale des compétences ou connaissances acquises par la formation, de mettre en place une traçabilité des actions de formation. Outre le suivi d'un tableau de bord général de gestion, le passeport formation pourrait constituer un outil mobilisé durant l'entretien d'évaluation/formation.

Axe 2 : Améliorer la qualité de vie au travail

Produire de la satisfaction auprès du personnel est une fin en soit de l'organisation et pas seulement un moyen pour améliorer la production.
Par ailleurs à coté des approches globales sur la satisfaction, les indicateurs plus concrets sur les composantes de la qualité de vie au travail peuvent enrichir la perception de la satisfaction et peuvent être plus directement opérationnels.

[10] ADIPH : Association Départementale pour l'insertion des personnes handicapées

Si le concept de la satisfaction est difficile à mesurer en niveau absolu, les écarts dans le temps ou les écarts entre service peuvent être analysés et donner lieu à des approfondissements.

Mettre en place une méthode d'enquête de satisfaction

- Réaliser un outil sous forme d'un questionnaire et mettre en place une procédure de recueil annuel ou tous les 2 ans, permettra l'évaluation des résultats des actions mises en place et la détection de dysfonctionnements.

Le CHSCT est mobilisé pour la rédaction du questionnaire et son analyse annuelle.

Limiter le stress et éviter l'épuisement professionnel

- Organiser des groupes de parole, qui ne seront pas des groupes d'analyse de pratique, pour exprimer et si possible évacuer les difficultés rencontrées.
- Le groupe de parole doit permettre une expression libérée de tous et donc garantir le huis clos et la confidentialité totale des propos échangés. C'est donc le groupe lui même qui décidera le cas échéant des suites à donner aux situations nécessitant une intervention extérieure au groupe.
- Mobiliser le CHSCT pour orienter les personnes qui en ont besoin vers des groupes de paroles ou des professionnels de l'écoute.
- Former les membres du CHSCT a la gestion et la prévention du stress au travail.
- Information de l'ensemble du personnel sur les procédures mises au point pour l'écoute des plaintes (groupes de parole, entretiens individuels, rôle du CHSCT).

Axe 3 : La formation outil de qualité et de motivation

La question est de pouvoir mobiliser le personnel derrière les principaux enjeux de l'établissement.
Quatre axes se dessinent : l'Humanitude comme substrat de la prise en charge, la qualité comme méthode et démarche d'action qui devra se diffuser à l'ensemble du personnel, la prévention et l'éducation thérapeutique et enfin le travail en filière et réseau.

La formation au service du projet

La formation est un outil de management : à la fois pour mobiliser et pour donner les moyens et les compétences.

Il y a un enjeu fort à renforcer l'efficience dans la formation. Passer d'une consommation d'enveloppes obligatoires à des formations intégrées dans un projet donné.
Il faut rechercher la cohérence entre la stratégie, les moyens alloués à la formation et les programmes de formation.

Appliquer la démarche qualité à la formation et adapter les axes de formation à la démarche qualité

D'une manière générale, toute formation doit intervenir dans le cadre d'un projet, comme une réponse à un objectif identifié. Toute démarche de formation doit décrire les compétences à acquérir au service de l'objectif à atteindre et en considération d'un bilan de compétence des stagiaires.

L'acquisition des compétences manquantes au service d'un projet identifié ne constitue qu'une première étape. Le but est en effet que la compétence soit mise en œuvre au retour de la formation et à plus long terme produise les effets escomptés. Il s'agit donc là d'un enjeu d'organisation et de dynamique d'équipe qui interroge aussi l'insertion de la nouvelle compétence parmi les autres agents.

Compte tenu du coût de la formation, des enjeux (développer les compétences) et de la complexité du processus de formation (objectif, bilan compétences, élaboration du programme, choix du bon processus de formation, bilan, insertion dans les processus réels, évaluation…), il est impossible de réaliser un nombre importants de formations différentes au service d'objectifs multiples et variés.

C'est pour ces raisons à la fois stratégiques et opérationnelles que le plan de formation doit reposer dorénavant sur un axe majeur de formation, qui permet de mobiliser un processus complexe pour un nombre important d'agents et permet une organisation de mise en œuvre et de suivi.

Les axes prioritaires de formation se déploient dans le cadre d'un projet global qui engage la direction et une organisation spécifique (pilote, groupe projet, information/communication). Après désignation d'un pilote, la formation se déploie par cercles concentriques pluriannuels en commençant par le pilote et l'encadrement. A la suite, un entretien régulier est indispensable pour « maintenir » (maintenance) la compétence au sein des équipes. Les axes prioritaires donnent lieu à la formation de la totalité ou au moins à la plus grande partie du personnel (à l'image de ce qui a été fait pour le logiciel Osiris ou la méthode Humanitude).

Des axes spécifiques demeurent dans une proportion inférieure :
- Hygiène
- Sécurité incendie
- Gestes d'urgence

Le reliquat de formation doit notamment concerner les services logistiques (techniques, administratifs, secrétariat médical…).
En 2007, l'informatisation du dossier de soins OSIRIS, axe stratégique pour l'établissement a consommé 42 % des heures de formation (2 660 des 6 279 heures de formation, et encore 7 % en 2008 avec 451 heures).

La démarche a été complète : étude du processus de formation, dégagement des moyens (2 temps pleins infirmiers plus 6 mois de formateur informaticien mutualisé entre 7 établissements), mise en place d'un comité de suivi, évaluation.

En 2008 et 2009, 14 stages de 12 agents ont été réalisés pour déployer la méthode Humanitude (d'octobre 2007 à décembre 2010, 22 stages auront été organisés pour environ 250 agents sur les deux sites).
Ces formations prioritaires au service d'objectifs centraux du projet d'établissement nécessitent la mobilisation des ressources de formation sur des périodes courtes d'environ 2 ans et un suivi régulier d'évaluation et d'entretien des compétences. La mise en place de référents disposant de temps identifié est un moyen simple et efficace d'assurer ce suivi et de garantir la pérennité et l'adaptation permanente des compétences acquises.

Pour les années à venir, les axes majeurs seront de :
- Terminer les formations à l'Humanitude.
- Former l'ensemble du personnel à la démarche qualité.
- Former le personnel à la santé publique, à l'éducation thérapeutique, au champ plus général de la prévention en santé publique.
- Former l'ensemble du personnel au travail en réseau et en filière.

Les formations à la Santé publique, à la prévention et à l'éducation thérapeutiques sont complémentaires des formations sur le travail en réseau et en filière.
Logiquement, l'axe prioritaire santé publique sera développé dés 2011 préalablement à l'axe travail en filière.

Le thème de la santé publique comporte notamment les thèmes suivants :
- nutrition
- conduites addictives
- douleur et soins palliatifs
- dépression et suicide

REPARTITIONS DES RESSOURCES DE FORMATION DE 2010 A 2014

formations en porcentage	Systèmes information	Humanitude	qualité	Santé publique prévention	équipes, filières et réseaux	sécurité incendie	hygiène	gestes d'urgences	autre	technique	administ. et secrétariat	
2010	5%	30%	5%			12%	5%	5%	38%			100%
2011	4%	4%	40%	5%	5%	12%	4%	4%	8%	7%	7%	100%
2012	4%	4%	30%	20%	10%	12%	4%	4%	3%	6%	3%	100%
2013	4%	4%	4%	37,5%	17,5%	12%	4%	4%	4%	6%	3%	100%
2014	4%	4%	4%	10%	40%	12%	4%	4%	6%	6%	6%	100%

journées de formation	Systèmes information	Humanitude	qualité	Santé publique prévention	équipes, filières et réseaux	sécurité incendie	hygiène	gestes d'urgences	autre	technique	administ. et secrétariat	total en jours
2007	380	96										*476*
2008	64	240										*304*
2009	44	432										*476*
2010	44	266	44			106	44	44	337			886
2011	35	35	354	44	44	106	35	35	71	62	62	886
2012	35	35	266	177	89	106	35	35	27	53	27	886
2013	35	35	35	332	155	106	35	35	35	53	27	886
2014	35	35	35	89	354	106	35	35	53	53	53	886
	674	1 175	735	642	642	531	186	186	523	221	168	5 685

Former les ASH

Parce que c'est le plus souvent cette catégorie d'agent qui dispose du moins de formation initiale, c'est peut-être pour elle que la formation est à la fois le plus nécessaire et le plus efficace : le besoin de formation est fort et souvent le désir de formation est également fort.

Former les personnes bénéficiant d'un contrat CUI - CAE

Ce sont des personnes en contrats de 2 ans, pas forcément destinées à rester dans l'établissement, mais pour qui l'établissement s'engage en contrepartie à augmenter l'employabilité.
Il y a donc deux enjeux : une meilleure intégration dans l'établissement et le développement de l'employabilité.

Formation des contractuels et des nouveaux arrivants

Pour limiter la désorganisation possible d'un service lié à l'arrivée d'un nouveau dans le service (partie importante des plaintes des agents).
Des contractuels et nouveaux arrivants plus vite opérationnels car mieux formés au travail et aux méthodes et outils utilisés par l'établissement. Session de formations par demi-journée sur des thématiques clés. Diffuser et mutualiser les formations et évaluer l'impact des formations.

Développer la formation promotionnelle : une programmation, la transparence du processus

Bilan des formations promotionnelles depuis 2002

Nombres formations promotionnelles	Antrain	St Brice	total
Aide Médico-psychologique	3	2	5
Aide soignant	4	4	8
Cadre de santé	2		2
Infirmière		2	2
Total	9	8	17

La formation promotionnelle est un instrument important de la mobilité interne et externe et de la motivation du personnel. Elle est un reflet du dynamisme des établissements et de leur capacité à se renouveler et à valoriser leurs ressources internes.
Ce processus très important doit être mené avec volontarisme et rationalité. Le volontarisme s'exprime par l'engagement pris dans le projet d'établissement et dans l'affichage de la valeur comptable de cet engagement. La direction devra donc présenter aux CTE un plan quinquennal prévisionnel. Une partie de ce plan pourra être suspendu aux moyens accordés spécifiquement par les autorités

(FMES[11], ANFH[12]…). Cela notamment afin de ne pas pénaliser l'effort de concentration des formations externes autour d'un axe majeur chaque année (humanitude, qualité, santé publique…) pour plus d'impact et d'utiliser le solde du plan de formation pour apporter des réponses à des demandes individuelles de formations plus spécifiques (formations techniques par exemple).
La rationalité justifiera que le plan quinquennal de formations promotionnelles arrête en accord avec les CTE, les conditions de sélection des candidats.

Les principes qui devront présider seront :
- information et transparence
- priorité aux formations utiles aux établissements (notamment lorsque l'entièreté du coût pèse sur l'établissement)
- mérite et compétences (manière de servir, aptitudes)
- équité

En résumé, il faudrait réaliser un plan pluriannuel affichant les possibilités de promotions professionnelles et afficher une méthode transparente de sélection des bénéficiaires

Axe 4 : Mieux se connaître pour plus de cohérence et de cohésion, faire système

4.1 - Identifier ses collègues et ses collaborateurs
4.2 - Rompre l'isolement de certains services
4.3 - Mieux se connaitre entre les 2 sites

[11] FMES : Fonds de modernisation des établissements de santé
[12] ANFH : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

Liste des thèmes et aspirations groupe 5 Ressources Humaines

THEMES ASPIRATIONS

T1 - <u>GESTION DU PERSONNEL</u>

1 - Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivant
2 - Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et compétences
3 - Gérer les remplacements classiques ou d'urgence
4 - Maitriser l'emploi précaire
5 - Renforcer la place des travailleurs handicapés
6 - Evaluation et formation : un entretien unique

T2 - <u>SATISFACTION DES PERSONNELS</u>

1 - Mesurer la satisfaction des personnels par des enquêtes
2 - Mieux gérer les crises avec des groupes de parole

T3 - <u>FORMATION</u>

1 - Renforcer l'efficience des formations
2 - Evaluer l'impact des formations
3 - Renforcer la formation des ASH
4 - Renforcer la formation des emplois précaires
5 - Améliorer l'intégration des contractuels et des nouveaux par la formation
6 - Faire bénéficier la formation de quelques uns au plus grand nombre

T4 - <u>MIEUX SE CONNAITRE</u>

1 - Identifier ses collègues/collaborateurs
2 - Rompre l'isolement de certains services
3 - Mieux se connaissance entre les deux sites

T5 - <u>ORGANISATION DU TRAVAIL</u>

T6 - <u>OUTILS DE PILOTAGE</u>

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**1**	Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants	mieux informer et former des nouveaux arrivants	rajouter un module 'Humanitude/manutention' à la formation des remplaçants d'été et l'étendre deux fois par an aux nouveaux arrivants	4	Amélioration du niveau et des délais de compétences des nouveaux arrivants (hygiène, Humanitude, manutention, Osiris)	Liste d'émargement à la formation des nouveaux arrivants, programme de la formation rédigé	Formateurs : Hygiéniste, référent Osiris, Coordinateur Humanitude	juin-09	J Petitpas C Lebarbier
1	**1**	Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants	Mieux gérer les départs à la retraite	mettre à jour un calendrier permanent des départs à la retraite et le présenter en réunion ressources humaines (RH), en CTE une fois par an	1	Meilleure anticipation des départs à la retraite	calendrier mis à jour une fois par an au moment du bilan social, PV CTE et PV réunion RH	cadre ressources humaines et DRH	juin-09	G Le Borgne C Lebarbier
1	**1**	Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants	Mieux gérer les départs à la retraite	Elaborer un protocole "départ à la retraite" : délai d'alerte, préparation du dossier, préparation du remplacement, actions éventuelles en direction des retraités, mise à jour du tableau départ retraite	2	Meilleure répartition des rôles et meilleure organisation pour anticiper les départs à la retraite	protocole rédigé, diffusé auprès des agents du bureau du personnel, évaluation (CTE été N+1)	cadre ressources humaines et DRH		G Le Borgne C Lebarbier
1	**1**	Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants	Mieux gérer les départs à la retraite	Proposer aux retraités des actions de préparation pour favoriser la transition	3	Eviter les ruptures brutales entre le temps d'activité et la retraite	Bilan des actions par les intéressés	cadre ressources humaines et DRH		I Brezel L Morel

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**1**	Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants	Formaliser le tutorat	protocoliser la mise en place d'un tutorat entre partant et arrivant (quels postes, combien de temps?)	2	Meilleure transmission des savoirs du "partant" à l'"arrivant"	Le protocole est rédigé, les postes concernés sont listés, ainsi que les durées de chevauchement. Entretien annuel d'évaluation pour mesurer l'adaptation de l'arrivant			
1	**1**	Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants	donner aux arrivants une meilleure information de leur poste et des tâches à accomplir	Campagne annuelle de mise à jour et de rédaction des fiches de poste et fiches de tâches	3	Améliorer l'utilité (Mises à Jour) des fiches de poste et de tâches pour les arrivants	contrôle annuel de l'adéquation des fiches par les cadres (avril/mai) avant les évaluations annuelles			
1	**1**	Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants	donner aux arrivants une meilleure information de leur poste et des tâches à accomplir	mettre en place une gestion documentaire des fiches de poste et de tâches sur le réseau avec procédure de gestion des fiches	3	les fiches de poste et de tâches sont consultables par tous à tout moment	ensemble des fiches de poste mise en ligne sur le réseau, procédure rédigée	temps Gestion RH	août 09	G Le Borgne
1	**2**	mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	identifier nos "ressources humaines" pour les 5 années à venir en termes quantitatifs	comptabiliser les "entrées" et "sorties" des personnels pour les 5 ans à venir, catégorie par catégorie. Effectuer le travail de mise à jour chaque année		Disposer des compétences nécessaires en qualité et quantité au moment requis				

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**2**	mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	identifier nos besoins en RH pour les 5 années à venir en termes qualitatifs	établir une liste des compétences nouvelles à acquérir dans les 5 ans		Disposer des compétences nécessaires en qualité et quantité au moment requis				
1	**2**	mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	identifier nos besoins en RH pour les 5 années à venir en termes qualitatifs	établir les compétences à externaliser ou à recycler dans les 5 ans à venir		Disposer des compétences nécessaires en qualité et quantité au moment requis				
1	**3**	Gérer les remplacements classiques ou d'urgence	avoir une gestion prévisionnelle anticipatrice en matière de recrutements	Annualiser les effectifs requis (postes au planning, formation, instances, absentéisme) et anticiper (encadrer) les remplacements	1	Amélioration de la composition des équipes (stabilité, compétences, satisfaction)	Amélioration de la qualité ressentie (usagers, personnel)	Planification Ressources de gestion Enquête de satisfaction		
1	**3**	Gérer les remplacements classiques ou d'urgence	Fluidifier la gestion des remplacements	Assurer les remplacements inopinés par recours aux équipes en place et planifier les récupérations par semaines entières au niveau établissement	2	Amélioration de la composition des équipes (stabilité, compétences, satisfaction)	Fixation d'objectifs de remplacement par services Suivi des prévisions Maitrises des dépenses de personnel	Planification Ressources de gestion		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**3**	Gérer les remplacements classiques ou d'urgence	Recrutements classiques: motiver et orienter le recruté	projet professionnel individuel (rester dans la course ou se porter au bon endroit contre responsabilisation)						
1	**3**	Gérer les remplacements classiques ou d'urgence	mettre en place les méthodes et moyens de projets professionnels individualisés	accompagnement par le cadre et tutorat et fixation d'objectifs		atteinte des objectifs fixés.	entretien évaluation avec cadre			
1	**3**	Gérer les remplacements classiques ou d'urgence	Mobiliser les cadres sur les fonctions RH	redéfinition du poste de cadre de santé		Rôle du cadre: qualité, suivi du personnel et projet professionnel, suivi plus distancié de la vie du résident	fiches de poste cadres remaniées et note d'orientation globale "encadrement" rédigée			
1	**3**	Gérer les remplacements classiques ou d'urgence	Mobiliser les cadres sur les fonctions RH	Pour décharger le cadre des activités hôtelières : créer des postes de "gouvernantes" sur les unités d'hébergement		Gouvernante "relais du cadre" (Liens hiérarchiques à définir) qui assure suivi du projet individualisé des résidents fonctions hôtelières, accueil des résidents et familles.	fiches de poste cadres remaniées, fiche de poste "gouvernante" rédigée, note d'orientation globale "encadrement" rédigée et gouvernantes recrutées			

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**3**	Gérer les remplacements classiques ou d'urgence	Mobiliser les cadres sur les fonctions RH	services de soins : repréciser les missions du cadre et identifier précisément la mission et les acteurs de l'amont et de l'aval du séjour.		les rôles du réseau Partâge et de l'assistance sociale, des EMS et du CLIC sont identifiées => le rôle du cadre et de la gouvernante émergent de ce travail de cartographie	fiches de poste cadres remaniées et note d'orientation globale "encadrement" rédigée			
1	**4**	Intégrer l'emploi précaire au sein des ressources humaines	Définir une politique intégrée à la GRH globale visant la réduction des éléments de précarité l'amélioration de l'employabilité des bénéficiaires	Définir « emploi précaire » Définir le nombre limité, la localisation et le contenu des emplois confiés à des contractuels précaires et les profils de poste recherchés		réduire l'imprévision dans la gestion des emplois et les conséquences (défaut qualité, interruption prématurée des contrats)	satisfaction des équipes satisfaction bénéficiaires réalisation prévisions nombre contrats précaires nombre embauches en fin de contrat	désignation d'un référent emploi précaire au sein de l'équipe GRH (application politique et plans associés)		
1	**4**	Intégrer l'emploi précaire au sein des ressources humaines	Définir une politique intégrée à la GRH globale visant la réduction des éléments de précarité l'amélioration de l'employabilité des bénéficiaires	Définir des plans de carrière individuels avec le concours d'un organisme extérieur Mettre en place un plan de formation en 3 temps : 1 - évaluation des compétences à l'entrée 2 - plan de formation (découverte du milieu, formation à l'emploi occupé, aide à préparer la sortie 3 – Mise en œuvre (recherche financement partenaires)		améliorer l'employabilité du contractuel entre le début et la fin du contrat et la valoriser	Suivi de l'avenir des agents précaires	Financements spécifiques Aides extérieures éventuelles		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**4**	Intégrer l'emploi précaire au sein des ressources humaines	Définir une politique intégrée à la GRH globale visant la réduction des éléments de précarité l'amélioration de l'employabilité des bénéficiaires	étudier l'intérêt d'un tutorat titulaires/précaires		Mieux individualiser l'intégration	Suivi des interruptions précoces de contrats			
1	**4**	Intégrer l'emploi précaire au sein des ressources humaines	Définir une politique intégrée à la GRH globale visant la réduction des éléments de précarité l'amélioration de l'employabilité des bénéficiaires	organiser dés le début du contrat, un accompagnement à la recherche d'un emploi stable (y compris par un accompagnement extérieur (pôle emploi par exemple)		Améliorer la motivation des contractuels Améliorer les conditions de la fin de contrat	Suivi absentéisme Suivi de l'avenir des agents			
1	**4**	Intégrer l'emploi précaire au sein des ressources humaines	Définir une politique intégrée à la GRH globale visant la réduction des éléments de précarité l'amélioration de l'employabilité des bénéficiaires	Rechercher une coordination territoriale de l'emploi précaire		Faciliter la recherche de professionnel bien formés Favoriser l'emploi des personnes concernées				
1	**5**	Intégrer le handicap au quotidien	approcher ou dépasser l'objectif de 6% de travailleurs handicapés	Inventorier les postes "aménageables" ou les postes pouvant être directement pourvus par des personnes handicapées		6% au moins du personnel a le statut de travailleurs handicapé	% à faire apparaître dans le bilan social, chaque année			

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
1	**5**	Intégrer le handicap au quotidien	approcher ou dépasser l'objectif de 6% de travailleurs handicapés	se renseigner auprès de la MDPH et de l'AGEFIHP sur les aides financières et méthodologiques accordées		6% au moins du personnel a le statut de travailleurs handicapé	% à faire apparaître dans le bilan social, chaque année			
1	**5**	Intégrer le handicap au quotidien	préparer le reclassement professionnel et anticiper	inventorier les postes possibles et évaluer les aménagements des postes de travail possibles		il existe des postes "types" à proposer à des agents en situation d'aménagement de poste	fiches de poste type rédigées et validées en CHSCT			
1	**5**	Intégrer le handicap au quotidien	favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap	* informer les collègues de la personne de la fiche de poste de la personne * sensibiliser le personnel à la nécessité et aux avantages de travailler avec des personnes atteintes de handicap		* collègues informés et acceptant le profil de poste "atypique" * meilleure entraide entre collègues	* informations sur le handicap données en CHSCT et en CTE			
1	**6**	Evaluation et formation : un entretien unique	recueillir les besoins en formation, les projets professionnels des agents	établir un entretien professionnel unique annuel permettant de parler des objectifs fixés, des moyens en formations demandés pour atteindre ces objectifs et des projets professionnels de l'agent		La formation est intrinsèquement liée aux objectifs à atteindre. La notion de "formation tout au long de la vie" est prise en compte (projet professionnel)	les entretiens ont eu lieu. Les besoins en formation sont consignés dans un document global	(en cours cette année)	sept-09	C Lebarbier G Le Borgne

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
2	**1**	Réaliser une enquête de satisfaction annuelle du personnel	proposer un questionnaire de satisfaction des personnels annuel identique : questions précises et identiques d'une année sur l'autre ainsi qu'une partie à compléter librement	* questions très concrètes dans le questionnaire (partir de l'existant) * organiser une restitution des résultats avec proposition d'amélioration anonymat possible mais pas obligatoire		* meilleure connaissance des aspirations et difficultés du personnel * meilleure lisibilité du personnel des actions d'amélioration proposées	résultats à l'enquête, taux de retour	* travail en groupe pour élaboration du questionnaire, objectif du questionnaire et calendrier : M Hubert AL Démurger F Macé G Le Borgne	travail de groupe au premier trimestre 2010	
2	**2**	donner la parole aux agents après un événement dur ou une période de travail intense	proposer des espaces de parole sans aucun filtrage vers l'encadrement ou la direction	* trouver une psychologue extérieure pour superviser les groupes dès que le besoin s'en fait sentir * institutionnaliser la démarche par un écrit, réunion informative		* les équipes peuvent s'exprimer librement et se "désencombrer" émotionnellement dans un espace clos	un item précis de l'enquête de satisfaction évalue la satisfaction quant à cette action	* temps de psychologue "superviseur" * remplacement des agents présents au groupe		
3	**1**	Améliorer l'efficience des formations	Faire de la formation un outil projet	Limiter le nombre des axes de formation aux objectifs centraux du projet d'établissement et former massivement le personnel sans dispersion des actions		Acquisition rapide et complète des nouvelles compétences en évitant la résistance au changement	Nombre de personnes formées sur les axes prioritaires	Planification des actions de formation et des pourcentages de personnel à former		

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
3	**2**	Evaluer l'impact des formations	poursuivre l'évaluation des formations Humanitudes telles que réalisée	* observation des pratiques AVANT * autoévaluation des agents par une réglette (moins 5 à plus 5)	1	mettre en exergue l'impact de la formation et l'amélioration des pratiques	pourcentage de personnels ayant amélioré un point de leur pratique	feuilles de présence pour chaque formation, travail sur les plannings avec les cadres, et personne ressource formation: C. Lebarbier	oct-09	
3	**2**	évaluer l'impact des formations	évaluer l'impact en début et fin de formation	effectuer systématiquement une enquête: * entrée: questionnaire de départ 5 questions * sorties		mettre en exergue l'impact de la formation et l'amélioration des pratiques	pourcentage de personnels ayant amélioré un point de leur pratique		2011	
3	**2**	évaluer l'impact des formations	évaluer l'impact des formations incendie	à chaque retour en formation incendie, l'agent à l'aide d'un questionnaire spécifique, qui évalue les connaissances des agents sur tels ou tels items		mettre en exergue l'impact de la formation et l'amélioration des pratiques	pourcentage de personnels ayant amélioré un point de leur pratique		début 2010	

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
3	**3**	formation de base pour les ASH (à étendre aux AS et IDE)	donner des connaissances et pratiques élémentaires du travail auprès des PA aux ASH.	* organiser une journée systématique en doublon sur l'horaire retravaillé le lendemain seul * systématiquement inscrire la personne à une formation identique à celle des nouveaux arrivants		meilleure adaptation au poste, moins de stress de la part des agents, encadrement et collègues		calculer le nombre de remplaçantes x coût jour	sept-09	
3	**4**	formation de base pour les emplois précaires	Leur proposer les manutentions et hygiène	en plus de la sécurité incendie, leur proposer systématiquement les formations manutention, hygiène				crédits de remplacement durant les formations		C Lebarbier avec K Baccouche
3	**5**	formation des contractuels et des nouveaux	élargir la formation aux contractuels	Définir la durée de contrat minimum, anticiper les formations en fonction des besoins						
3	**5**	formation des contractuels et des nouveaux	communiquer auprès des agents sur les droits des contractuels à la formation	le cadre précise à ses équipes, dans le cadre des entretiens de formation/évaluation		les contractuels s'autorisent plus à demander des formations et à y participer				
3	**5**	formation des contractuels et des nouveaux	formation manutention en interne	contenu travaillé par les référents Humanitude et manutention, qui organisent des sessions de formation en interne		un maximum d'agent est formé à la manutention, avec un contenu de formation homogénéisé (Humanitude), ouvert aux contractuels et aux remplaçants, formation récurrente	diminution des accidents de posture			

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
3	**5**	formation des contractuels et des nouveaux		inclure les personnels techniques, administratifs et logistiques			diminution des accidents de posture			
3	**5**	formation des contractuels et des nouveaux	formation hygiène en interne	contenu travaillé par les référents hygiène en interne, qui organisent des sessions de formation en interne			diminution des infections etc.			
3	**5**	formation des contractuels et des nouveaux	réserver d'emblée un certain nombre de jours de formation annuels par agents (forfait annuel)	retravailler en groupe restreint le nombre de jours de formation par agent					nov-09	
3	**5**	formation des contractuels et des nouveaux	faire en sorte que les contractuels connaissent les consignes en cas d'incendie, de premiers secours, localisation des chariots de secours	élaborer un livret incendie et premiers secours		les agents connaissent des consignes élémentaires et savent s'y référer		en lien avec les ateliers, M. Brionne, les cadres + photos des services/chariots urgence etc.	janv-10	
3	**6**	faire bénéficier la formation de quelques uns au plus grand nombre	mutualiser les connaissances acquises en formation	organiser des séances d'information sur une thématiques à laquelle certains agents ont été formés spécifiquement (ex: DU soins palliatifs)			nombre de sessions d'informations organisées par rapport au nombre de formations thématiques suivies par qq agents		2010	

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	élaborer et mettre à jour des organigrammes communs : un organigramme commun direction/administration + 1 organigramme par site pour les services de soins	établir 1 organigramme / cadres + 1 organigramme format A3 par site. Afficher systématiquement les 3 organigrammes dans les bâtiments des deux sites	1	*meilleure identification des collègues des autres services et des sites *présentation aux visiteurs des personnels * développer le sentiment d'appartenance * mieux identifier les services où travaillent les collègues	* questions posées par C Lebarbier en fin de formations communes sur l'organigramme * mettre un item à ce sujet dans l'enquête de satisfaction des personnels	*référent mise à jour nommée : C Lebarbier pour les deux sites *révision à l'occasion des réunions de direction 1 fois/semestre (en juin et décembre) * photocopies couleurs	déc-09	C Lebarbier G Le Borgne
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	Compléter les annuaires téléphoniques	* Annuaire de St BRICE : développer et notamment rajouter des noms en face des fonctions * Mettre à jour et compléter celui d'Antrain (nom des personnes, fonctions nouvelles...)	2	* trouver les interlocuteurs plus facilement	rajouter un item sur la satisfaction quant à l'annuaire téléphonique dans l'enquête de satisfaction des personnels	un référent mise à jour : L Renard	déc-09	G Le Borgne
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	Compléter les annuaires téléphoniques	* nommer un référent mise à jour et protocoliser les mises à jour (fréquence, endroits d'affichage, circuit de diffusion)	2	* trouver les interlocuteurs plus facilement	rajouter un item sur la satisfaction quant à l'annuaire téléphonique dans l'enquête de satisfaction des personnels	un référent mise à jour : L Renard	déc-09	G Le Borgne
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	mettre à disposition un organigramme avec photos	insérer des photos dans un organigramme sur un intranet commun aux deux sites	4	mettre un nom sur une tête ou inversement		intranet	2011	J Allombert et S Denis

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	mettre à disposition un organigramme avec photos	constituer une photothèque du personnel, à mettre à disposition sur le réseau (groupe ou commun)	3	mettre un nom sur une tête ou inversement		*place identifiée sur le réseau * Mme Brezel et Mme Morel prennent les photos au fur et à mesure de la visite des agents	2011	C Lebarbier
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	que le personnel puisse identifier les fonctions des personnels service par service	éditer à chaque liaison hospitalière une page spéciale "présentation d'un service" : *apprendre à connaître les collègues des services *commencer par l'administration pour que les personnels sachent à qui s'adresser	1	* meilleure orientation des personnels * meilleure connaissance des fonctions et compétences de chacun * connaître les collègues des autres sites ou services		* GLB rédige l'annexe LH en relation avec LDM et IB et les cadres * mise à disposition d'un appareil photo numérique aux cadres pour photos à prendre * espace de stockage des fichiers sur le réseau	2ème semestre 2009	G Le Borgne

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	rajouter dans liaisons hospitalière une annexe avec photo, nom, fonction et service de tous les nouveaux arrivants (titulaires, CDI, CDD sur postes permanents, remplaçants d'une durée de 3 mois minimum)	* une page spéciale * quand remplacement de + 3 mois, préciser que c'est un remplacement de congé * prendre une photo ou demander une photo (I Brezel ou L Morel au moment de la constitution du dossier agent	4	* mieux identifier les nouveaux arrivants * pour les nouveaux arrivants, se sentir mieux intégrés à la structure		* G Le Borgne rédige l'annexe du journal interne Liaison Hospitalière en relation avec L Morel et I Brezel * mise à disposition d'un appareil photo numérique * espace de stockage des fichiers sur le réseau	2010	G Le Borgne
4	**1**	Identifier ses collaborateurs - collègues	identifier les partenaires extérieurs qui interviennent dans la structure	demander aux intervenants extérieurs et des bénévoles une photo et établir une liste des intervenants extérieurs + badges à disposition du personnel	4	* reconnaître des partenaires réguliers et extérieurs (qui ont parfois accès au local de soins)		* courrier aux intervenants extérieurs	2010	J Petitpas et G Le Borgne

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
4	**1**	décloisonnement et meilleure connaissance des collègues des deux sites	organiser des formations communes	*étendre les formations communes aux formations manutention, hygiène et gestes d'urgence * préciser aux agents à chaque formation, la possibilité d'assister aux formations sur l'autre site	1	* mélange des agents *initiative des agents de changer de site pour participer à une formation	* calcul annuel de la mixité sur tous les groupes formés	* repas systématiquement offert aux personnes formées, quelque soit le site de formation et l'origine des agents *mettre à disposition de voitures de service	sept-09	C Lebarbier
4	**2**	rompre l'isolement de certains services (notamment cuisines)	développer des contacts usagers / cuisine	passage d'un personnel de la cuisine 1 fois par mois dans les services sanitaires et d'hébergement	2	* meilleure transmission des informations entre usagers et cuisine *diminuer le sentiment d'isolement		* temps de personnel de cuisine 1 après-midi par mois * tenue d'un cahier de recueil par le personnel de cuisine	2010	JP Pierre et J Despeaux

Thème	aspiration	Aspiration	Objectif	actions	priorité de l'action	résultats attendus	indicateurs : comment sait on que le résultat est atteint?	moyens ou ressources nécessaires	délai de réalisation	porteur du projet
4	**3**	connaissance des deux sites par les équipes de SB et A		* visites des sites organisées (MR St Brice, hameaux du Coglais, Ancre, Loysance, MPR et médecine) régulièrement * préciser fréquence, taille des groupes * dates	4	* les personnels d'Antrain connaissent le site de SB et inversement	* liste de suivi des personnels qui ont fait la visite et indicateur de progression (% de personnel par rapport au personnel total)	* véhicule de service à disposition * 2 heures de disponibilité des soignants intéressés * mise à disposition 4 heures d'un guide par site	2010	G Le Borgne avec les cadres

Thème 5 : Le pilotage de l'établissement

L'enjeu pour l'établissement est de réaliser ses missions avec la meilleure qualité, c'est ce qui le rendra attractif envers les populations et les professionnels et c'est ce qui permettra le maintien et le développement de ses activités.

Dans les organisations complexes, la meilleure organisation pour promouvoir la qualité est celle qui responsabilise chaque acteur et qui relie leur satisfaction au travail au sens et à la qualité du travail produit.

Cette organisation par la responsabilisation ne peut fonctionner que si elle s'accompagne d'une évaluation du travail produit. Le cadre de cette évaluation peut d'ailleurs être coproduit par les acteurs eux mêmes.

Par ailleurs le pilotage pour être efficace suppose une organisation permettant la prise de décision et nécessite des informations qui permettent réellement de le faire.

Le pilotage de l'établissement est donc basé sur ces 4 dimensions : la qualité, la responsabilité, l'évaluation et la décision.

Le pilotage doit participer à promouvoir une qualité que l'on peut qualifier de totale.
Cette qualité totale à 4 composantes : la qualité voulue puis produite par les offreurs de services et la qualité attendue et perçue par les « clients » du service, les patients.

- La qualité voulue est garantie a priori par les processus de soins et d'accompagnement,
- La qualité produite est évaluée a postériori par des indicateurs (bonne adéquation, infections nosocomiales, taux d'escarres…)
- La qualité attendue qui dépend de l'information et du niveau d'exigence des patients, elle peut être appréciée par une écoute de ceux-ci.
- La qualité perçue qui est mesurée par des enquêtes de satisfaction auprès des patients, des résidents, des personnels.

La satisfaction est une notion relative, elle est proportionnelle à l'écart entre la qualité attendue du service et la qualité perçue.

Par ailleurs tous les critères de qualité attendue n'ont pas le même impact sur la satisfaction : on peut distinguer en particulier des critères basiques du service qui génèrent de l'insatisfaction en cas d'absence mais pas de satisfaction dans le cas contraire et des critères qui génèrent une satisfaction proportionnelle à leur présence.

Axe 1 : le pilotage par la qualité

Le pilotage par la qualité

L'objectif à court terme est l'organisation de la démarche qualité et la mise au point du pilotage de l'établissement et de son management par la qualité.
La préparation de la V3 de la certification, les obligations à des contraintes légales sont incontournables et justifieraient à elles seules cet objectif.

Organiser la fonction : définition du champ et recrutement du personnel

La gestion des risques dépend hiérarchiquement de la fonction « Qualité ». Il faut identifier un responsable de la qualité, y adjoindre du personnel, une infirmière à 0,2 ETP, un mi-temps de secrétariat, recrutement d'un ingénieur qualité

Diffuser la culture qualité : En formant tout le personnel à la démarche qualité

Axe 2 : le pilotage par la responsabilité

Appliquer le cadre de la loi HPST

Sur la gouvernance des établissements. En particulier nommer le directoire et organiser l'établissement en pôle.

Permettre aux pôles de fonctionner

En définissant leurs missions, leur organisation et leurs moyens en particulier de secrétariat.

Pilotage opérationnel des services et des unités

- Dans le pôle hébergement : en organisant des staffs avec l'ensemble des professionnels, médecin coordonnateur et psychologue pour discuter des projets individualisés des résidents. En moyenne, chaque projet de résident pourrait être discuté 3 fois par an. Les moyens prévus sont de 0,1 ETP Médecin Coordonateur pour mener cette mission.
- Dans les pôles PSG et rééducation : des staffs sont également organisés. Dans le PSG, du temps salarié (généraliste attaché au praticien contractuel) assure la coordination de la médecine d'une part, du SSR d'autre part. L'activité repose sur du temps salarié et des consultations à l'acte.

Dynamiser le Conseil de vie sociale (CVS) et la CRUQ[13]

[13] Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

Axe 3 : le contrôle de gestion

Réorganiser la fonction contrôle de gestion et décentraliser

Réorganiser la fonction contrôle de gestion et décentraliser le contrôle de gestion sur les pôles pour répondre aux enjeux intriqués de la qualité et du contrôle de gestion dans le cadre de la nouvelle gouvernance.

Mettre en place des tableaux de bords

Elaboration des tableaux de bords (choix des indicateurs, maquettes)
Les tableaux de bords seront élaborés en distinguant le niveau des pôles et le niveau de la direction.

Trois niveaux décisionnels seront travaillés :

- **La décision stratégique** : Suivi du projet d'établissement, analyse de l'évolution de l'activité, vision prospective des besoins de santé, indicateurs quantitatifs et qualitatifs de performance globale.

Ces indicateurs de pilotage décisionnel pourront être organisés sur 4 cadrans :
- L'orientation client : Activité, satisfaction attractivité,
- l'équilibre financier : efficience, productivité,
- la qualité et la performance des processus,
- les compétences des personnels et leur satisfaction

- **La décision « gestionnaire »** : suivi de la démarche d'accréditation, suivi budgétaire, éléments de comptabilité analytique, suivi de la satisfaction du patients et des résidents

- **La décision opérationnelle** : par pôles ou services, suivi de l'activité, suivi des dysfonctionnements, éléments de coût, absentéisme …

Chaque niveau mérite un tableau de bords en veillant à la cohérence des trois.

Les principes de construction conduisent à un choix limités de notions suivies permettant de répondre à trois types d'enjeux différents : les éléments de suivis de l'activité sous un angle médico-économique (plus ou moins fins selon les 3 niveaux de décision), le suivi de l'avancement des projets, les alertes. (Des indicateurs simples et peu nombreux).

Mettre en place des processus d'appropriation de ce mode de management en direction des cadres et des médecins

Le partage et la diffusion de ces outils seront réalisés par des formations-action à l'intention des personnels concernés durant lesquelles les tableaux de bords seront construits de façon partagée entre la direction et les pôles.

Consolidation des fonctions de technicien d'information médicale

Le système d'information actuel doit pouvoir nourrir les tableaux de bords sous l'angle important des données d'activités médicales.

Pour développer cette compétence, il est donc prévu :

- Le recrutement d'un plein temps de secrétariat médical
- La formation à certains modules du certificat PMSI de l'EHESP[14], pour les agents concernés.
- L'appel à une ressource extérieure de DIM (prestataire privé, convention avec CHU ou CH, médecin DIM[15] dans le cadre de l'ANHL[16]), lorsqu'il y aura des certitudes sur le passage à la T2A.

Axe 4 : Indicateurs, système d'information et pilotage

Des Indicateurs et de l'aide à la décision

De longs mois de réflexion et de structuration des objectifs de nos établissements ne doivent pas se perdre dans le sable du quotidien.
C'est la raison pour laquelle outre la mise en œuvre de fiches actions, la question des indicateurs d'aide à la décision et d'atteinte des objectifs, de leur mise à disposition (SI) et des lieux de décision (pilotage) est importante.
Les indicateurs du projet d'établissement sont présentés dans le tableau de la page suivante.

Pilotage et organisation

Derrière des objectifs déterminés dans la concertation et fondant un consensus, les lieux de décision prolonge la concertation, non sur les objectifs qui sont acquis par la démarche projet d'établissement, mais sur les moyens d'atteindre les objectifs.
Le premier lieu de décision est le Directoire.
Il dispose notamment d'un comité de gestion et direction de l'information médicale dont les acteurs sont les 4 membres de la cellule de gestion (2 cadres financiers et 2 TIM).
Le second échelon de décision est constitué des conseils de pôle qui reçoit des objectifs et des moyens délégués formalisés dans des contrats de pôles qui seront établis parallèlement à l'élaboration du CPOM.

Concernant l'activité plus strictement médicale et la synergie d'action, les staffs qu'ils existent de longue date (en rééducation, ex-long séjour) ou qu'ils s'installent depuis peu (médecine, EHPAD), constituent des lieux indispensables

[14] Ecole des hautes études en santé publique de Rennes
[15] Département d'information médicale (PMSI)
[16] Association nationale des hôpitaux locaux région Bretagne qui mène depuis 2009 une réflexion pour le partage de temps médical DIM entre les hôpitaux locaux de Bretagne.

de mobilisation derrière des cibles thérapeutiques identifiées. A ce titre, le dossier unique (informatisé) constitue un lieu de rencontre et de synergie des professionnels.

D'autres lieux stratégiques sont identifiés. Si le CLAN bénéficie d'une forte dynamique paramédicale, la pénétration de ces actions demeure relative auprès des médecins généralistes. Il y a là un axe indispensable de renforcement. Le CLUD doit se voir renforcé dans ses moyens bien que les conséquences de ses actions soient déjà sensibles. Le COMEDIMS a une existence ancienne et la mise en place de la PUI unique, la présence de 1,5 préparateur permettront que le pharmacien dispose enfin de plus de temps sur ses missions essentielles.

D'une manière générale, le pilotage est nourri de plus en plus d'une dynamique de concertation interne et de communication de plus en plus dense et efficiente :

- système de comités et de référents (hygiène, nutrition, logiciel de soins, économat…)
- gestion des ressources humaines avec des réunions RH avec les cadres de santé et le service de gestion et un CHSCT unifié
- rencontre avec les familles pour l'EHPAD (soirée systématiques)

Informatique

D'ores et déjà, les 2 établissements disposent d'une organisation harmonisée et unifiée. L'ensemble des actions sont menées de manière similaires et concomitantes.
Cependant, le schéma directeur informatique devra être reformalisé rapidement.

- Il faut que les outils mis en place fonctionnent. L'entretien de l'ensemble de la chaîne informatique doit faire l'objet d'un suivi régulier et réactif. Les moyens doivent être adaptés. Ils passent par une compétence technique interne qui contrôle des prestations spécialisées plus ou moins étendues.

- Il est également nécessaire d'entretenir en interne la compétence d'utilisation des logiciels et des matériels. Ces actions relèvent de protocoles, de formation et d'évaluation des pratiques, de proximité avec les utilisateurs selon les modalités qui ont fait la réussite du déploiement réalisé pour Osiris en 2006 et 2007.

- L'établissement doit être en capacité d'opérer des choix en matière de logiciels et de matériels. Il doit pouvoir comprendre les exigences de la réglementation en la matière et connaître les solutions disponibles. Il est donc indispensable de disposer en interne d'une compétence supérieure dans le champ des SI. Cette compétence particulière est en interface avec les compétences spécifiques des utilisateurs.

- La question du PMSI et de la T2A relève de l'action des 2 techniciennes d'information médicale. L'adhésion à l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORSB) devra être revisitée en considération des apports d'Osiris et de l'évolution de la prestation de cet organisme.
Il sera quoi qu'il en soit obligatoire de recourir aux services d'un médecin de département d'information médicale. Plusieurs pistes sont possibles et sont actuellement étudiées sur le territoire de santé.

Annexe : Proposition de tableaux de bords de pilotage

Indicateurs Directoire pas délégués

indicateur niveau établissement	gestion		pharmacie	nb examens de biologie/patients - résidents	
				nb médicament par résident	
			logistique	ratio prix prestation linge par journée (sanitaire/hébergement)	
				ratio prix prestation repas par journée (sanitaire/hébergement)	
				indicateurs financiers	
	qualité	an		indicateurs Hygiène	
indicateurs niveau suivis pour chaque pôle			**Pôle sanitaire gérontologique prévention réseau**	**Pôle rééducation**	**Pôle Hébergement et Domicile**
	gestion	mois	activité par médecins	activité par médecins	activité par médecins
		mois	dépenses RH	dépenses RH	dépenses RH
		mois	absentéisme globale	absentéisme globale	absentéisme globale
		trim	nb de jours d'AT[17]	nb de jours d'AT	nb de jours d'AT
		mois	jours formation, instances	jours formation, instances	jours formation, instances
		mois	autres dépenses	autres dépenses	autres dépenses
	qualité	an	satisfaction du personnel	satisfaction du personnel	satisfaction du personnel
		trim	exhaustivité PMSI	exhaustivité PMSI	exhaustivité PMSI

[17] Accident du travail

Indicateurs de gestion délégués au niveau de chaque pôle

Pôle sanitaire gérontologique prévention réseau

gestion	mois	nb entrées/journées par canton et origine
	mois	DMS
	mois	variété morbidité (médecine)
	mois	variété diagnostic principal (SSR)
	mois	nb de processus éducation thérapeutique IDE prév°
	mois	nb de processus éducation thér. Diététicien
	mois	% conso j remplacement (mal ord, autorisation spé. absence)
	mois	consommations courantes
	trim	petits travaux entretien, petits inv.
		usages unique et linge ?
qualité	trim	indication poids (7 j entrée) et 2ème à 15 j et IMC[18] 7 j. (IPAQS)
	trim	indication évaluation risque d'escarres
	trim	tracabilité évaluation douleur
	trim	délai envoi certif fin hospitalisation
	trim	tenue dossier patient
	trim	nb dossiers individuels vu en staff tracés Osiris
	mois	nb chutes
	mois	nb contentions
	an	satisfaction des usagers
	an	satisfaction du personnel

[18] IMC : indice de masse corporel

Pôle rééducation

gestion	mois	nb entrées/journées par zone cibles et origine
	mois	DMS
	mois	
	mois	variété diagnostic principal (SSR)
	mois	nb de processus éducation thérapeutique IDE prév°
	mois	nb de processus éducation thér. Diététicien
		nb interv. Ext. tracèes Osiris (Partâge, réseau, éq. Int. soins pal., psy secteur, asso au domicile...)
	mois	% conso j remplacement (mal ord, autorisation spé. absence)
	mois	consommations courantes
	trim	petits travaux entretien, petits inv.
		usages unique et linge ?
qualité	trim	indication poids (7 j entrée) et 2ème à 15 j et IMC 7 j. (IPAQS)
	trim	indication évaluation risque d'escarres
	trim	tracabilité évaluation douleur
	trim	délai envoi certif fin hospitalisation
	trim	tenue dossier patient
	trim	nb dossiers ind vu en staff tracés Osiris
	mois	nb chutes
	mois	nb contentions
	an	satisfaction des usagers
	an	satisfaction du personnel

Pôle hébergement et domicile

gestion	mois	nb de journées par type d'accueil
	mois	DMS
	mois	nb de processus éduc. thér. IDE prév°
	mois	nb de processus éducation thér. Diét.
	mois	% conso j remplacement (mal ord, autorisation spé. absence)
	mois	consommations courantes
	trim	petits travaux entretien, petits inv.
		usages unique et linge
	trim	indication poids (7 j entrée) et 2ème à 30 j, IMC 7 j.
	trim	indication évaluation risque d'escarres
	trim	tracabilité évaluation douleur
qualité	trim	dossier (PATHOS)
	trim	nb dossiers ind vu en staff tracés Osiris
	mois	nb chutes
	mois	contention (taux prescrip°, réévaluée hebdo)
	an	satisfaction des usagers
	an	satisfaction du personnel
	trim	Humanitude : nb de toilettes évaluatives (% des admissions)
	trim	nb d'histoire de vie
	trim	nb de bilan d'intégration
	mois	nb actions opérationnelle maintien autonomie physique
	mois	nb actions opérationnelle maintien lien social

LE PROJET LOGISTIQUE ET ARCHITECTURAL

Optimisation des moyens de production

Thème 1 : La construction d'un nouveau bâtiment pour la rééducation

Le bâtiment actuel de rééducation compte 48 lits installés dont 18 chambres doubles. Ce bâtiment n'est plus adapté aux besoins du service : le plateau technique est trop étroit, la salle à manger peut accueillir la moitié des patients seulement, des chambres ont dû être transformées en bureaux avec l'arrivée d'un nouveau médecin salarié, la secrétaire médicale et l'assistante sociale ont dû s'installer dans les sous sols du bâtiment enfin, les locaux annexes sont inadaptés.
Avec la diminution de la capacité des lits d'hébergement permanent, le service de SSR (capacité : 35 spécialisés locomoteurs ; 15 polyvalents à orientation neurologique) s'installerait dans l'actuel bâtiment La Loysance (bâtiment récent de 2005), sur 2 unités (Sélune Couesnon et Polders Fontaine de l'an II – Equipés d'un atelier de culinothérapie).

Ce déménagement nécessiterait :

- La construction d'un plateau technique (balnéothérapie, 1 espace ergothérapie, plusieurs espaces kinés pour le respect de l'intimité des patients) et de bureaux entre les unités Polders et Marais, toutes 2 de plain-pied qui entraînerait la suppression de 7 chambres.
- L'aménagement de bureaux : Médecin rééducateur et médecin salarié, un bureau polyvalent pour l'ergothérapeute et les kinésithérapeutes.
- Mais aussi, l'ouverture du bureau du cadre de santé et du bureau médical pour accueillir le bureau polyvalent.
- Le bâtiment La Loysance
- Les unités Marais Mascaret (2 x 25 lits) accueilleraient les EHPAD lourds.
- La salle de détente du personnel pourrait être réaménagée en relais de soins
- Le salon « Tombelaine » serait réaménagé en bureau médical.
- La salle de bains deviendrait un espace de rangement

Les lits d'hébergement permanent (75 lits) se situeraient au niveau 2 du bâtiment La Loysance sans aménagement complémentaire.

Les contraintes :

Cette construction ne doit nécessiter aucun déménagement. Une fois le plateau technique en place, les 50 résidents de Sélune Couesnon et Polders Fontaine an II sont répartis sur les 75 lits du niveau 2 et les 25 lits de Marais Mascaret (soit maximum 50 chambres doubles sur 100) jusqu'à revenir à une capacité de 100.
Dès que Sélune Couesnon et Polders Fontaine an II sont libérés, les patients de MPR déménagent.

Description de l'opération :

Le détail des locaux fait apparaître une surface estimative de 800 m^2 pour le plateau technique.

locaux		m²
salle de kinésithérapie		163
salle balnéothérapie		80
douche vestiaires		30
détente jacuzzi		40
salle ergothérapie		55
appartement thérapeutique		35
atelier fauteuil roulant		18
salle repos		20
salle appareillage		18
salle orthophonistes		18
salle psychologue		18
3 bureaux médicaux		66
bureau assistante sociale		18
bureau secrétaire médical		18
bureau cadre kiné		18
total surfaces utiles		615
circulations	30 %	185
total surfaces estimées		800

Il conviendra également d'opérer quelques reprises et réfections au sein de la Loysance pour des montants limités.

opération	m²	€/m² TTC	total
création du plateau technique	800	2 250	1 800 000
réaménagements divers			200 000
total			2 000 000

Enfin, la mise à disposition des locaux donnera lieu à une opération financière traduisant le passage de l'activité d'EHPAD à l'activité sanitaire. La somme correspondant est estimée à 1 250 000€.

Le pôle sanitaire gérontologique s'installera dans les locaux de l'actuel bâtiment de MPR.

A St Brice :

Finalité : Nécessité de construire la phase 3 pour 24 lits Hébergement temporaire + 8 Accueil de jour + Accueil de nuit

Sur Antrain :

Nécessité de repositionner l'Ancre qui n'est pas aux normes de sécurité incendie et qui présente, même si maîtrisé, un risque lié aux légionelloses.

L'unité Ancre (18 lits dont 2 hébergements temporaires) déménagera sur les Hameaux du Coglais à Marigny ou Le Rocher Portail.

Calendrier des opérations	2010												2011												2012											
opérations / mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HDC 2																																				
programme HDC 3 et pôle réseau																																				
doublement ch EHPAD Loysance																																				
transfert SSR Sb 13 lits Loysance devient SSR gériatrique																																				
transfert 1/2 MR vers LB (ch doubles)																																				
transfert AT dans 1/2 MR																																				
recrut. nvx résidents Pampille																																				
transfert Ancre																																				
travaux HDC3 Ph 1																																				
transfert AT dans 1/2 MR																																				
travaux HDC3 Ph 2																																				
mise à disposition HDC3																																				
études Plateau (AO…), annexe MPR et pôle prévention																																				
travaux plateau (rééducation, pharmacie,…)																																				
construction annexe ex MPR																																				
création Post Ancre niveau 3 et ac nuit																																				
doublement ch EHPAD Loys																																				
transfert interne résid. Loys																																				
transfert 50 loco vers Loys																																				
rénovation ex MPR																																				
transfert SSR gériat dans exMPR																																				
transfert méd SSR A exMPR																																				
aménagement pôle prévention et radio																																				

Thème 2 : La pharmacie commune

La visite d'accréditation V1 en 2005 et une réserve sur la circulation du médicament a donné lieu à une première et importante amélioration sur la prescription par la mise en œuvre d'un dossier médical et de soins informatisés (Osiris).
La gestion de la pharmacie est informatisée d'une manière satisfaisante.
Une nouvelle étape est en cours au début de l'année 2010 avec le rassemblement des PUI d'Antrain et de St Brice. L'inadéquation complète du fonctionnent à St Brice est résolu sans avoir à reconstruire à grands frais une très petite PUI. Des ressources limitées (pharmacien, préparateur) sont rassemblées et augmentées (+ 0,5 Préparateur). Le pharmacien dispose de plus de temps pour se consacrer au cœur de son métier. La gestion des stocks de l'hôpital de St Brice peut enfin être assurée correctement. Conserver une bonne proximité avec les prescripteurs et les dispensateurs est en enjeu dans ce nouveau contexte.

L'existence d'un groupement de commandes de produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux est un élément d'harmonisation. Il permet par ailleurs de substantiels économies de gestion des procédures marchés publics et d'obtenir des prix d'achats comparables à ceux des centrales comme la CACIC[19].

Mais au-delà de la question « logistique » de la gestion du médicament, l'enjeu de l'action du pharmacien repose dans le contenu de la prescription. L'action résolue du COMEDIMS, la politique d'EPP et le développement d'une approche plus globale de l'intérêt des malades (développement des soins palliatifs, des bonnes pratiques en gériatrie…) constituent le cadre de réflexion autour du médicament.

Cependant des difficultés plus prégnantes demeurent :
- dispensation globale dans un service
- préparation des piluliers par les infirmières (1,5 ETP en année plaine pour les 2 établissements) dans des conditions matérielles peu satisfaisantes
- distribution parfois assurée par les aides soignantes
- traçabilité pas toujours réalisée au moment de la dispensation au malade
- locaux de la pharmacie mal situés et conditions de travail non satisfaisantes
- limites dans le fonctionnement de la pharmacie liée au temps pharmacien (1ETP)

La situation du médicament dans les hôpitaux d'Antrain et St Brice doit être également mise en perspectives avec les enjeux territoriaux. Ces établissements participent à la démarche départementale engagée en 2009. Plus localement, les acteurs proches sont notamment les EHPAD de Tremblay, Bazouges la Pérouse et Pleine-Fougères d'une part et d'autre part le centre hospitalier local de Combourg. D'autres acteurs du domicile sont nouvellement positionnés (HAD 35).

Une PUI commune pour quatre établissements

[19] CACIC : centrale d'achats, de conseil et d'information des cliniques

Un audit réalisé en mars 2009 permet de décrire précisément le dispositif actuel à Antrain et St Brice. Il révèle que 1,5 ETP d'infirmière est consacré à la stricte préparation des piluliers (par semaine, 30 heures à Antrain et 17 heures à St-Brice).

A 23 minutes de l'hôpital d'Antrain et de sa PUI, l'établissement de Combourg pour ces besoins et ceux de l'EHPAD de Pleine-Fougères, s'apprête à reconstruire 270 m² d'une PUI au coût estimé de 459 000 €.

L'étude d'un projet commun de constitution d'une PUI commune pour ces 4 établissements (et sans doute des EHPAD proches à terme) fait ressortir les éléments suivants :

- pertinence économique de l'automatisation de la préparation économique
- gain qualité dans le processus de la prescription à la distribution et à la traçabilité
- constitution d'une équipe élargie
- 1,8 pharmacien
- 3 préparateurs
- mise en place de locaux conformes et de conditions de travail attractives
- structuration de l'offre pharmaceutique des établissements et disponibilité pour les évolutions futures
- allègement des charges de gestion globale (un seul contrat de bon usage du médicament (CBUM) au lieu de 3….)
- économie d'échelle et neutralité économique
- charges annuelles à Combourg après reconstruction = 192 500 €
- charges Antrain = 142 500 €
- charges St Brice (sans reconstruction) = 89 000 €
- total = 424 000 €
- charges prévisionnelles d'un projet commun = 433 000 €
- amélioration globale de la sécurité et de la qualité

Thème 3 : cuisine et restauration

1-1) <u>Une dynamique commune aux deux sites impulsée en 2007</u>

En 2007, les établissements d'Antrain et St Brice ont été retenus dans le cadre d'une démarche « organisation de la restauration » pilotée par la MEAH (Mission Nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers) et grâce à laquelle un diagnostic a pu être posée. Cette démarche a permis d'impulser le décalage du repas du soir d'une demi heure (18h30 au lieu de 18h), la création d'un plan alimentaire commun aux deux sites, une amélioration substantielle des prestations alimentaires hachées et mixées et enfin la mise en place d'un CLAN.
En 2006, les deux établissements ont co-recruté un diététicien grâce à qui cette démarche a pu être menée communément. Noter que ce diététicien a été mis à disposition de la maison de retraite de St Georges-de-Reintembault, de l'HL de Janzé où il a organisé le CLAN (avant que cet établissement recrute à son tour un professionnel en partage avec la Guerche-de-Bretagne) et Combourg.

En parallèle de cette démarche, un « atelier culino-thérapie » a été conçu au sein de la résidence La Loysance à Antrain, développant ainsi une cuisine d'animation pour les résidents, animée par un cuisinier et du personnel des services.

Des enquêtes de satisfaction sont menées chaque année.

L'hôpital d'Antrain dispose d'une cuisine neuve depuis 2005 mais ses défauts de conception et de construction font depuis l'objet d'un recours de plein contentieux pour lequel une expertise de plusieurs années a été nécessaire.
La commande des repas est informatisée sur le site d'Antrain depuis 2009.

L'hôpital de St Brice-en-Coglès disposera quant à lui, également d'ici septembre 2010, d'une cuisine totalement reconstruite et d'un matériel neuf. Cette reconstruction est intégrée au projet globale des Hameaux du Coglais qui, si elle n'avait pu l'être, aurait eu raison de sa disparition tant elle ne répond plus aux normes actuelles.
Par ailleurs, dans les Hameaux du Coglais, une salle de restaurant d'une capacité supérieure à celle de la totalité des résidents accueillis disposera d'une équipe hôtelière qui assurera le service des résidents à l'assiette. Un espace grill permet une cuisine « in vivo » et la présence d'une cheminée à foyer ouvert assureront la convivialité de cet espace.
Une commission de restauration se réunit depuis de nombreuses années sur le site de St Brice et le site d'Antrain organise sa première commission le 1er mars 2010. Elle permet de recueillir les doléances des résidents à partir desquelles les cuisiniers apportent des axes d'amélioration.
Outre cette dynamique partagée par les deux établissements au moment de la mission d'expertise qui a conduit à la mise en place d'outils communs, des disparités subsistent.

1-2) La nécessité de relancer cette dynamique autour de projets communs

Depuis les services des cuisines des deux sites travaillent en collaboration ponctuellement seulement au moment des formations qui sont organisées conjointement, lors des rencontres organisées dans le cadre du CLAN

Nécessité d'un projet autour du portage du repas pour lequel le site de Saint Brice, fournisseur depuis plus d'une dizaine d'années, n'est plus en mesure de répondre aux besoins du territoire qui vont croissants et sur une satisfaction 7jours sur 7.

Si les deux sites disposent d'un plan alimentaire commun avec 2 trames (hiver et été) depuis 2008, il n'en reste pas moins que des disparités importantes en terme de prix de revient alimentaire (coût denrées) perdurent.

Prix de revient alimentaire	Saint Brice	Antrain
2006	2,38 €	2,12 €
2007	2,17 €	2,27 €
2008	2,42 €	2,67 €
2009	2,50 €	2,63 €

En 2009, le site d'Antrain produit un repas 0,13 € plus cher que le site de St Brice. La gestion des déchets et le choix des matières premières en terme de qualité ou de conditionnement doit faire l'objet d'un pilotage commun aux deux

sites pour une harmonisation des pratiques au service de la recherche continue de l'amélioration de la qualité tout en maîtrisant les coûts.

Nécessité d'améliorer la traçabilité d'une manière générale avec l'adoption d'un logiciel informatique qui soit commun aux deux sites.

Nécessité d'impulser continuellement la démarche HACCP[20].

Nécessité de mieux tirer partie de l'opportunité de coopérations entre les deux sites.

Thème 4 : Le magasin

Les magasins des hôpitaux d'Antrain et de St Brice-en-Coglès sont réunis sur le site d'Antrain depuis le 1er octobre 2009. Ainsi, les deux magasiniers sont réunis sur un même site et s'auto-remplacent en cas d'absences. Auparavant, la fonction magasinier n'était pas remplacée, un agent des services techniques assurait seulement les livraisons des commandes établies préalablement par le magasinier titulaire mais n'assurait pas les sorties de stock. Aujourd'hui, cette fonction est pérenne sur les 2 sites et l'amplitude horaire de l'ouverture du magasin plus large.
Le déménagement du magasin de St Brice sur le site d'Antrain s'est effectué dans les locaux existants sans aménagements ou travaux spécifiques. Le magasin réuni présente de nombreuses carences en terme d'architecture puisque situé en sous sol de deux bâtiments à détruire. Les plafonds sont bas, le chariot élévateur ne peut y accéder, les locaux ne sont pas chauffés. Au final, les conditions de travail sont difficiles au sein de ce local qui n'était pas initialement destiné à accueillir un magasin.
Au rez-de-chaussée du bâtiment la Loysance, existe un espace qui pourrait être aménagé pour accueillir le magasin. Situé au cœur de l'activité de l'établissement dans le cadre du projet, cette localisation serait optimale.

Thème 5 : L'archivage

A St Brice les archives sont situées au rez-de-chaussée du bâtiment de maison de retraite. Ces locaux devront être améliorés ou les archives déplacées dans le cadre de la rénovation de la maison de retraite.
Le mode de classement sur le site de St Brice est uniquement alphabétique et est assuré par la secrétaire médicale de l'établissement.

A Antrain, les **archives administratives** sont situées au sous sol du bâtiment de l'administration et les **archives médicales,** tous services confondus, sont situées dans le sous sol de l'actuel service de médecine et SSR. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un local pour les archives « mortes » qui n'est aujourd'hui pas adapté (local étroit, non chauffé et non entretenu) et où le

[20] HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point (système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments).

classement ne fait l'objet d'aucune précaution particulière et fait office de lieu de dépôt pour des archives devenues trop encombrantes ailleurs.

En début d'année civile, les **archives administratives** sont classées par les différents services concernés (bureau des entrées, services économiques, financiers, ressources humaines et affaires générales). Cela étant, aucune politique d'épuration n'a été établie par l'établissement dans le respect de la réglementation en vigueur. Ainsi, sont conservés l'ensemble des bulletins de salaires et les différents livres de paie qui constituent de facto un doublon, mais aussi les différents dossiers administratifs des patients et résidents alors que la législation n'impose que la conservation des registres des entrées et des sorties … Par ailleurs, la réunification des deux administrations sur le site d'Antrain depuis le 1er janvier 2008 et corrélativement l'augmentation des archives, requiert plus instamment encore une politique d'épuration.

Le mode de classement actuel des **archives médicales** sur le site d'Antrain est alpha-numérique.
Sont listés sur un répertoire papier les noms/prénoms et dates de naissance de tous les patients accueillis. Si le patient est hospitalisé pour la première fois au sein de l'établissement, un nouveau numéro sera attribué à son dossier. Autant de fois que le patient sera hospitalisé au sein de l'établissement, son dossier sera retrouvé facilement dans le local archives à l'aide du répertoire. Un agent reclassé pour raison de santé concoure à la gestion des ces archives.

Pour autant, ce répertoire papier ne permet pas un classement par ordre alphabétique qui soit optimal dans la mesure où ne sont respectées que les premières lettres des noms (avec des fiches de A à Z) et que ces derniers figurent sur les fiches par ordre d'arrivée. Ceci implique une petite perte de temps qui au fil du temps paraît non négligeable.

Dans cette perspective, l'**informatisation** du répertoire permettrait d'avoir ce dernier sous forme réellement alphabétique avec une correspondance claire du numéro de dossier. Cet accès sécurisé du répertoire par informatique protégerait également plus aisément les informations médicales des patients, en cas d'effraction.

Les utilisateurs « courants » (secrétaire(s), cadres, et éventuellement IDE) pourraient accéder à distance à ce répertoire via le réseau informatique et repérer ainsi si le dossier est bien archivé ou si celui-ci est encore disponible dans un des services de l'établissement.
Ce gain de temps non négligeable éviterait en outre les appels aux collègues et déplacements dans les services pour retrouver un dossier qui supposerait de suivre scrupuleusement le suivi des retours dossiers aux archives.

Aussi, ce répertoire informatisé permettrait d'identifier et répertorier les dossiers comportant un dossier transfusionnel et dont la durée de conservation est de 30 ans. Aujourd'hui, ce manque de distinction nous gêne pour la destruction des dossiers médicaux « classiques » dont la durée de conservation est de 20 ans après accord réglementaire ou jusqu'à l'âge de 28 ans, pour les dossiers des patients qui ont été hospitalisés avant leur majorité

Au final, l'informatisation des archives médicales permettrait l'établissement de listings des dossiers qui soient possiblement destructibles à un instant T, et de libérer de l'espace dans le local des archives et donc, de savoir quels sont les

dossiers toujours présents dans le local central des archives, tout en conservant un historique des passages et dates de destructions des « vieux dossiers ».

Cette informatisation nécessite :

1/ L'acquisition et l'installation d'un poste informatique équipé d'un programme Excel avec accès au réseau de l'établissement.

2/ La saisie du répertoire papier sur informatique.

3/ Dans le même temps, vérification et mise à jour de l'année de la dernière hospitalisation dans l'établissement du patient (ceci n'a à priori jamais été fait, il faut en effet actualiser l'année du dossier à l'année en cours en cas de nouveau séjour, ceci afin de respecter les délais légaux de conservation des informations médicales).

Dans le cadre du projet d'établissement et de la concentration des services vers l'est du terrain d'assise de l'établissement qui éloignera les dossiers de leur lieu d'utilisation.
C'est pourquoi, Il est envisagé d'affecter l'actuelle pharmacie pour y replacer les archives. La localisation est optimale : face aux ascenseurs, au rez-de-chaussée du bâtiment de 150 chambres qui accueillera les 50 lits de SSR spécialisés et à 5 mètres des portes automatiques ouvrant vers le bâtiment qui accueillera le pôle sanitaire gérontologique (à 150 mètres). La taille du local permet l'optimisation de la gestion des archives médicales.
Cette opération a lieu après la reconstruction de la pharmacie et le déplacement de la rééducation et de la médecine soins de suite.

Thème 6 : Gestion des déchets

Les établissements de santé produisent une quantité importante et une grande variété de déchets (déchets ménagers mais aussi DASRI[21], usages uniques, différents matériels mis au rebut …). La question de la gestion des déchets présente un enjeu important en terme environnemental mais aussi financier. Diminuer le volume de déchets produits, améliorer le tri, mettre en place des filières de recyclage et de traitement, former les agents aux gestes de tri constituent aussi la responsabilité des établissements.

	Saint Brice			ANTRAIN		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Ordures ménagères	8 920.00 €	9 740.00 €	9 740.00 €	14 421.00 €	17 577.00 €	16 661.00 €
DASRI	8 666.82 €	6 974.00 €	4153,47	18 121.19	19 020.69 €	10 223.98 €
Autres	732.84 €	566.01 €	1 260.00 €	1 833.17 €	6 015.90 €	6 874.61 €
TOTAL	18 319,66 €	17 280,01 €	15 153,47 €	34 375,36 €	42 613,59 €	33 759,59 €

[21] DASRI : déchets d'activités de soins à risques infectieux

Le projet architectural les Hameaux du Coglais sur le site de Saint Brice permettra à son terme, de respecter les circuits et les obligations pour stockage des déchets.
Ainsi, les DASRI qui doivent être entreposés dans un premier temps dans un local intermédiaire puis dans un local avant enlèvement qui soit aéré et équipé d'un point d'eau sera possible lorsque la phase 2 du chantier sera réceptionné. A ce jour, un local d'appoint est installé sous le bâtiment maison de retraite. Ce local inadapté à ce jour a fait l'objet d'une réserve par les experts visiteurs de la HAS pour la certification V2.

A Antrain, différents lieux de stockage intermédiaires existent dans chaque bâtiment. Les déchets sont ensuite centralisés dans un local avant enlèvement par le service transport de l'établissement.

Dans le bâtiment La Loysance, on a pu constater que le tri et l'entreposage des déchets n'étaient pas respectés par tous. Des difficultés quant au dépôt des déchets dans les bacs ont effectivement été révélées par les équipes. Ainsi, des améliorations sont à apporter par l'acquisition d'une plateforme par exemple.

Le local final avant enlèvement situé entre le service « Les Bleuets » aujourd'hui désaffecté du bâtiment Le Hérissé et la lingerie nécessite qu'il soit reconstruit parce que trop étroit mais aussi parce que l'ex unité « Les Bleuets » sera détruite prochainement pour la construction d'une crèche multi accueil, sa situation sur le site paraît être inadéquate.

LA METHODE POUR METTRE EN ŒUVRE LE PROJET

I - La méthode de mise en œuvre de chaque fiche est résumée ainsi :

La confrontation des opinions des participants du groupe de travail révèle des marges de progression pour l'hôpital, celles-ci sont présentées le plus souvent comme des aspirations à moyen ou long terme.
Le travail en groupe de projet doit ensuite décliner ces aspirations en objectifs et en actions dont l'impact sera évalué.
Il s'agit d'identifier les étapes clefs permettant le mieux de réaliser un objectif, et de s'assurer que les actions retenues conduisent bel et bien aux effets attendus, et que ceux-ci sont réalistes.

a) Pour chaque aspiration à moyen et long terme
- Fixer un ou plusieurs objectifs pour la réaliser
- Hiérarchiser ces objectifs entre eux

b) Pour chaque objectif ainsi décliné
- Déterminer une ou plusieurs actions
- Hiérarchiser ces actions entre elles

c) Pour chacune des actions pressenties

Évaluer :
- Les résultats attendus (qualité des soins ou de l'accompagnement, satisfaction des patients, satisfaction des prescripteurs, satisfaction des personnels, volume d'activité, attractivité, efficience..)
- Sa visibilité / son effet sensibilisateur
- Son coût
- Les moyens humains nécessaires
- Les moyens techniques nécessaires
- Les partenaires à mobiliser
- Les délais de réalisation
- Le porteur du projet

Élaborer :
- des indicateurs quantitatifs et qualitatifs
- des seuils de progression relatifs aux indicateurs choisis
- les modes de calcul des indicateurs retenus
- une méthodologie pour le suivi des résultats de l'action
- des outils de suivi
- une programmation pour le suivi et son rendu

d) Prévoir pour l'ensemble du programme stratégique au niveau de la direction
- Une programmation pour le suivi et son rendu
- Une méthodologie pour mesurer l'atteinte des objectifs
- Des outils de suivi
- La mise à jour des diagnostics et le réajustement de l'état des lieux
- Un modèle de fiche est établi (voir à la suite)

II - liste des fiches par pôle

Il est posé comme un principe que les responsables de pôle sont également responsables de la mise en œuvre des fiches action.
Le calendrier des actions donne les échéances pour chaque fiche action (qui est précisée pour chaque fiche).
Lorsqu'elle est établie en concordance avec les objectifs du Projet d'établissement et du CPOM qui sera établi à la suite, chaque fiche fait l'objet d'une validation par le directoire.
Des moyens et des temps spécifiques sont posés dans les emplois du temps pour établir et suivre ces fiches.
Une communication est assurée concernant ces fiches.

Pôle sanitaire gérontologique, prévention et relations réseaux

Fiche 1 - Rassembler et rationnaliser les ressources d'Antrain et St Brice en un pôle sanitaire gérontologique adapté aux besoins de proximité (01/01/2012)
Fiche 2 - Mettre en œuvre une politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (01/01/2012)
Fiche 3 - Refonder la permanence des soins (01/01/2012)
Fiche 4 - Mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique pour les établissements (01/01/2011)
Fiche 5 - Réaliser 30 % des admissions en médecine dans les cantons proches (hors Antrain et St Brice) (31/12/2014)
Fiche 6 - Renforcer l'action du SSIAD et l'ouvrir au handicap (01/01/2012)
Fiche 7 - Mettre en œuvre une convention ou une CHT avec le CH de Fougères (30/06/2011)
Fiche 8 - Redéfinir les liens gériatriques avec les EHPAD proches
Fiche 9 - Définir avec les établissements proches concernés, dans le cadre de la filière gériatrique, un projet Alzheimer de territoire
Fiche 10 - Transférer l'unité Alzheimer d'Antrain à St Brice (01/04/2011)
Fiche 11 - Redéfinir les éléments de coopération avec le C.H. Guillaume Régnier (hôpital psychiatrique de référence) (01/01/2011)
Fiche 12 - Participer aux travaux de la plateforme santé du Pays de Fougères
Fiche 13 - Améliorer la place et l'implication des usagers (01/01/2012)
Fiche 14 - Mettre en œuvre une politique de parcours de soins coordonnés entre la ville et l'hôpital (31/12/2014)
Fiche 15 - Mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels libéraux (01/01/2013)
Fiche 16 - Etendre la permanence d'accès aux soins de santé du CH de Fougères aux territoires ruraux des marches de Bretagne (01/09/2011)
Fiche 17 - Renforcer le bon usage du dossier de soins informatisé
Fiche 18 - Créer une équipe mobile interne de gériatrie
Fiche 19 - Créer une équipe mobile interne de soins palliatifs coordonnée avec Fougères
Fiche 20 - Créer une maison de la prévention et de l'éducation thérapeutique à Antrain
Fiche 21 - Créer une maison des réseaux à St Brice

Pôle Rééducation

Fiche 22 - Renforcer l'attractivité du service et les ressources humaines du service (médecin, cadre kiné…) (01/01/2011)

Fiche 23 - Renforcer l'offre de services et de compétences du service (pas seulement la rééducation physique) en renforçant l'ouverture à des acteurs externes (01/01/2012)
Fiche 24 - Renforcer l'action préventive et les relations avec les acteurs du domicile (01/01/2012)
Fiche 25 - Coopérer efficacement avec le CHU de Rennes et le CH de Redon (30/06/2011)
Fiche 26 – Participer à l'amélioration de l'orientation des patients sur le territoire 5
Fiche 27 – Renforcer toutes les synergies entre le pôle rééducation et les autres pôles des établissements
Fiche 28 – Mettre en œuvre une équipe mobile interne de rééducation (30/06/2011)
Fiche 29 – Renforcer le bon usage du dossier de soins informatisé
Fiche 30 – Améliorer le plateau technique et hôtelier du SSR spécialisé (01/09/2011)

Pôle hébergement et domicile

Fiche 31 – Mettre en œuvre la méthode et les organisations Humanitude (01/01/2011)
Fiche 32 – Renforcer la coordination des soins (« projet individuel de prise en soins » et staffs) dans l'EHPAD (31/12/2010)
Fiche 33 – Adapter les services et les capacités aux besoins du secteur et participer à l'amélioration de la qualité des entrées en institutions d'hébergement du secteur (01/09/2012)
Fiche 34 – Mettre en œuvre le projet des Hameaux du Coglais dans toutes ses dimensions (01/06/2012)
Fiche 35 – Etablir un projet accueil de nuit
Fiche 36 – Etablir les accueils de jours
Fiche 37 – Etablir les projets d'accueil temporaire
Fiche 38 – Améliorer l'accueil
Fiche 39 – Renforcer les démarches qualité et mesurer la satisfaction des résidents
Fiche 40 – Favoriser la vie sociale
Fiche 41 – Renforcer la place de l'IDE dans le projet de vie
Fiche 42 – Améliorer la prestation globale restauration

Pôle pilotage et logistique

Fiche 43 – Structurer la fonction qualité et renforcer les méthodes et la culture qualité en interne
Fiche 44 – Mettre en œuvre les organisations imposées par la loi du 21 juillet 2009 (pôles, Directoire)
Fiche 45 – Etablir et mettre en œuvre une politique de communication
Fiche 46 – Restructurer les ressources informatiques et refonder le schéma directeur informatique
Fiche 47 – Améliorer la gestion documentaire et l'archivage
Fiche 48 – Renforcer le rôle du CVS et de la CRUQPC
Fiche 49 – Mettre en œuvre les axes prioritaires d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (30/06/2011)
Fiche 50 – Renforcer la maîtrise des effectifs dans un objectif de qualité
Fiche 51 – Améliorer l'employabilité des contractuels précaires (01/01/2010)
Fiche 52 – Améliorer la qualité des conditions et des organisations de travail, l'interconnaissance au sein des établissements (« Mieux se connaître ») et la satisfaction du personnel
Fiche 53 – Améliorer l'efficience des formations et l'intégration du personnel (tutorat)
Fiche 54 – Préparer le passage à la T2A (31/12/2011)
Fiche 55 – Mettre en œuvre des contrats de pôle et renforcer la gestion (01/01/2012)
Fiche 56 – Renforcer la fonction informatique et la gestion du SI

Fiche 57 – Renforcer la gestion du patrimoine immobilier et mobilier (01/01/2012)
Fiche 58 – Rationnaliser la fonction restauration (01/06/2011)
Fiche 59 – Rationnaliser la fonction linge (01/01/2012)
Fiche 60 – Rationnaliser la gestion des énergies (01/06/2011)
Fiche 61 – Rationnaliser la gestion des déchets
Fiche 62 – Planifier les opérations de restructuration architecturales
Fiche 63 – Améliorer la politique d'achat et la gestion des magasins

Pôle Pharmacie

Fiche 64 – Etendre la distribution nominative
Fiche 65 – Signer un contrat de bon usage du médicament et le mettre en œuvre (30/06/2011)
Fiche 66 – Mettre en œuvre une pharmacie à Usage Intérieur Unique entre les établissements (01/02/2010)
Fiche 67 – Améliorer la transmission des informations relatives au médicament à l'admission et à la sortie

III - La question des indicateurs

Les fiches actions portent des indicateurs. Aucun de ces indicateurs ne doit être redondant avec ceux du CPOM et de la démarche qualité V2010.

Le tableau ci-dessous décrit la liste des indicateurs (dispersés par ailleurs dans les fiches action).
Chaque indicateur fait l'objet d'un descriptif : mode de calcul, régularité, mode de suivi (systématique, audits….)…
La finalisation de ces descriptifs et la mise en œuvre du suivi de chaque indicateur seront l'une des premières tâches du qualiticien à recruter en 2010 et de son équipe (secrétariat, IDE détachée).

IV - Les fiches actions déjà établies

VI - Un comité de suivi du projet d'établissement

Les responsables de pôles sont réunis spécifiquement tous les deux mois pour assurer le suivi de la mise en œuvre des fiches action.
Un bilan annuel est établi à l'attention du Conseil de surveillance en lien avec la revue de CPOM.

VII - Un plan de communication comme outil de démocratie sanitaire et un mode de positionnement du projet

Etablir un plan de communication professionnel doté de moyens pluriannuels.
Charger le qualiticien à recruter de la fonction communication.

ANNEXE

CORRESPONDANCE ENTRE LES NUMEROS DE FICHES ET LES ACTIONS LISTEES DANS LES TRAVAUX DES ATELIERS

ATELIER : FILIERE GERIATRIQUE

Axe 1 : Réflexion sur les modes d'hospitalisation des résidents d'EHPAD et relevant de soins palliatifs FICHE 19

Axe 2 : Redéfinir les éléments de coopération avec le C.H.Guillaume Régnier (hôpital psychiatrique de référence) FICHE 11

Mieux exploiter les liens existants

Axe 3 : Définir avec les établissements proches concernés dans le cadre de la filière gériatrique un projet Alzheimer de territoire FICHE 9

Axe 4 : Redéfinir le travail de coopération avec les institutions du territoire FICHE 8

Travail de coopération avec C.H. Fougères.
Travail de coopération en aval avec les EHPAD du secteur.

Axe 5 : La diversification de l'offre de prise en soins et d'hébergement

L'Accueil de nuit FICHE 35
L'Accueil temporaire FICHE 37
L'Accueil de jour FICHE 36
Le projet Alzheimer : poursuivre et enrichir le projet l'Ancre FICHE 9

ATELIER : LE SERVICE DE MEDECINE DE L'ETABLISSEMENT

Renforcer l'organisation des soins en médecine et soins de suite FICHE 1

- Connaître les compétences médicales disponibles et établir celles qui sont nécessaires pour les acquérir.
- Connaître Les compétences paramédicales disponibles et établir celles qui sont nécessaires pour les acquérir.
- L'organisation des compétences disponibles est revue comme suit.
- Renforcer les liens avec les institutions du territoire.

La qualité des soins de médecine par une organisation des ressources en interne FICHE 1

Maintenir la synergie entre les médecins libéraux et l'hôpital :
- Organiser, optimiser le fonctionnement du service de médecine : renforcer les liens médecin - équipes soignante non médicale.
- Garantir une approche globale.

Répondre à l'exigence de la continuité et de la permanence des Soins : FICHE 3

Objectiver l'engagement des médecins libéraux volontaires vers des tâches d'intérêts collectifs et forfaitiser des rémunérations adaptées par des statuts d'attaché à temps partiel et/ou des vacations. FICHE 1

- Valider la technicité des actes qui ne se font pas en médecine de ville

La qualité des soins de médecine par le développement de l'accès à des ressources extérieures permettant d'accroitre la densité médicale des séjours de médecine FICHE 7

- Garantir l'accès à une ressource de gériatre, de rééducateur et en matière de fin de vie.
- S'intégrer dans la filière PA du territoire de santé.
- Garantir par des conventions l'accès aux éléments de diagnostic.
- Organiser l'accès à des ressources spécialisées.
- Organiser l'équipe médicale de médecine comme constituée des médecins généralistes autorisés et de médecins hospitaliers à temps partagés.

L'Hôpital de proximité : promoteur de santé sur son territoire en fixant une population de médecins généralistes et de paramédicaux libéraux

S'insérer dans des démarches collectives avec les professionnels de santé et les collectivités territoriales pour répondre aux enjeux de santé du territoire :

- Participer au maintien d'une offre libérale en offrant un mode d'exercice professionnel attractif (statut d'attaché à tps partiel)
- Organiser une prise en charge des consultations non programmées et de la petite urgence (locaux, personnels infirmiers, système d'information)
- Participer au maintien d'une offre libérale en facilitant la création de maison de santé (locaux, personnels, SI)
- Par la mise en place de moyens spécifiques (infirmière de prévention), favoriser l'action en prévention et en éducation thérapeutique des libéraux
- Par la mise à disposition de compétences spécialisées, favoriser l'action de réseau renno-centrés auprès des généralistes et des populations cibles (exemple de la convention avec Diabète 35 pour les diagnostics diététicien)
- Par la mutualisation d'équipements, de moyens, de procédures et programmes, favoriser les synergies entre acteurs de santé libéraux et leur bon ancrage local
- Par l'engagement auprès des initiatives libérales, favoriser leur réussite et leur pérennité (signature de la convention « Hospipharm » par exemple)

Les axes d'améliorations :

- Optimiser le parcours de soin et la qualité de la prise en charge médicale en développant une politique d'EPP. FICHE 2
- L'établissement dans la filière d'établissement comme aval des urgences (Fougères, Rennes) FICHE 7

- Une organisation performante et plus ouverte sur les professionnels de santé libéraux FICHE 1
- Organiser la prise en charge des soins palliatifs FICHE 18 et FICHE 1
- Adapter le système d'information et en améliorer les usages. FICHE 17

ATELIER : L'ACTIVITE DE REEDUCATION DANS L'ETABLISSEMENT

Axe 1 - Consolider le service de rééducation par un travail de coopération avec les établissements public du territoire de santé en rééducation (CHU et Redon) FICHE 25

- Créer une équipe mobile de rééducation FICHE 28
- Protocoliser le parcours d'un patient entre le Centre Hospitalier Universitaire et les structures de MPR. FICHE 25
- Développer des spécialisions dans les établissements FICHE 25
- Augmenter la ressource en médecins rééducateurs FICHE 22
- Diversifier les lieux de stages (notamment pour les kinésithérapeutes) FICHE 20

Axe 2 - Mieux intégrer le service de rééducation FICHES 23 24 25 26 27

Axe 3 - L'adaptation des locaux pour une meilleure qualité FICHE 30

Axe 4 – L'organisation du travail entre médecins FICHE 27

ATELIER : L'HOPITAL LOCAL ET LA PREVENTION, L'HOPITAL PROMOTEUR DE SANTE

Mieux travailler ensemble

Promouvoir la prévention dans l'établissement et sur le territoire

- La promotion de la santé est une mission de l'hôpital FICHE 4
- Promouvoir la prévention au niveau local FICHE 15

Développer le système d'information et d'observation. FICHE 12

- Décloisonner les acteurs FICHE 14
- Développer la participation citoyenne FICHE 13
- Développer une démarche qualité dans le champ de la prévention FICHE 4

Mobiliser les acteurs du système local de santé FICHE 14

Les objectifs et les actions définies dans le groupe de travail FICHE 4

- Créer un poste de référents 'prévention'
- Réaliser un recensement des actions de prévention dans les établissements
- Utiliser OSIRIS (fenêtre examen clinique)
- Utiliser OSIRIS pour l'évaluation des besoins fondamentaux (IDE).
- Organiser la veille prévention avec les généralistes.
- Communiquer sur les consultations ou services.
- Réaliser un audit des besoins/attentes de la population et proposer une offre adaptée.
- Créer une Maison de la Prévention et des Réseaux basée à Saint-Brice. FICHE 20

* Réunions mensuelles avec les réseaux des territoires 5 et 6 pour mutualiser les fonctions communes aux divers réseaux.
* Une antenne du « méta réseau » pourrait être localisée à Saint-Brice dans la maison des réseaux.
* Siège du réseau PARTAGE
* Hébergement du CLIC, le SIAD, l'ADMR

- Convention avec le Réseau Diabète 35
- Création d'une équipe diététique mobile
- Création d'une« PASS » intégrée à celle de Fougères

LE PROJET MEDICO-SOCIAL : PROJET DE VIE, PROJET DE SOIN

Un objectif stratégique : S'organiser autour de la démarche Humanitude FICHE 31

- Former l'ensemble du personnel

L'organisation du temps de travail et des staffs FICHE 32

L'architecture au service de l'accompagnement FICHE 34

Développer l'évaluation et la démarche qualité FICHE 39

Des objectifs opérationnels

- L'accueil (Antrain) FICHE 38
- Création d'un pré-accueil FICHE 38
- La personnalisation de l'accueil FICHE 38
- L'évaluation de l'accueil FICHE 38
- Réussir l'intégration des résidents (Saint-Brice) FICHE 38
- Mesurer la satisfaction des résidents et des familles (A et SB) FICHE 39
- Favoriser la vie sociale (Antrain) FICHE 40
- L'IDE garante et au service de l'intégration projet de soins-le projet de vie FICHE41
- La restauration temps fort de la vie des résidents (Antrain et St Brice) FICHE 42

ATELIER RESSOURCES HUMAINES

Axe 1 : gestion des compétences du personnel

- Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et compétences FICHE 49
- Formaliser la passation du relais entre retraités et nouveaux arrivants FICHE 53
- Gérer les remplacements classiques ou d'urgence FICHE 50
- Adapter les effectifs à la variation de l'activité FICHE 50
- Emploi précaire Travailleurs handicapés FICHE 51
- Evaluation et formation: un entretien unique FICHE 53

Axe 2 : Améliorer la qualité de vie au travail. FICHE 52

- Mettre en place une méthode d'enquête de satisfaction
- Limiter le stress et éviter l'épuisement professionnel

Axe 3 : La formation outil de qualité et de motivation FICHE 53

- Appliquer la démarche qualité à la formation et adapter les axes de formation à la démarche qualité.
- Former les ASH
- Former les CAE -CUI
- Formation des contractuels et des nouveaux arrivants
- Développer la formation promotionnelle

Axe 4 : Mieux se connaître pour plus de cohérence et de cohésion, faire système FICHE 52

- Identifier ses collègues et ses collaborateurs
- Rompre l'isolement de certains services
- Mieux se connaitre entre les 2 sites

Thème 5 : Le pilotage de l'établissement

Axe 1 **: le pilotage par la qualité FICHE 43**

- Le pilotage par la qualité
- Organiser la fonction : définition du champ et recrutement du personnel
- Diffuser la culture qualité : En formant tout le personnel à la démarche qualité

Axe 2 **: le pilotage par la responsabilité**

- Appliquer le cadre de la loi HPST FICHE 44
- Permettre aux pôles de fonctionner FICHE 55
- Pilotage opérationnel des services et des unités FICHE 55
- Dynamiser le Conseil de vie sociale (CVS) et la CRUQPC. FICHE 48

Axe 3 **: le contrôle de gestion**

- Réorganiser la fonction contrôle de gestion et décentraliser FICHE 55
- Mettre en place des tableaux de bord FICHE 55
- Mettre en place des processus d'appropriation de ce mode de management en direction des cadres et des médecins FICHES 43 55
- Consolidation des fonctions de technicien d'information médicale FICHE 54

Axe 4 **: Indicateurs, système d'information et pilotage**

- Des Indicateurs et de l'aide à la décision FICHE 55
- Pilotage et organisation FICHE 44
- Informatique FICHE 46

LE PROJET LOGISTIQUE ET ARCHITECTURAL

Thème : La construction d'un nouveau bâtiment pour la rééducation FICHE 62

Thème : La pharmacie commune FICHE 66

Thème : cuisine et restauration FICHE 58

Thème : Le magasin FICHE 63

Thème : L'archivage FICHE 47

Thème : Gestion des déchets FICHE 61

ANNEXE

Regards croisés sur notre histoire commune

Les quelques lignes qui suivent sont le pâle reflet des énergies et des engagements, des histoires professionnelles individuelles, des étapes d'un passé récent de « mémoire d'agents », infirmière, aide soignant, aide médio-psychologique, directeur ou électricien.

Les évènements de notre histoire récente commune ont été portés, construits par nous, acteurs qui les avons vécus avec conviction et/ou regrets. Car, si vu d'aujourd'hui, le passé, même proche, peut paraitre linéaire, c'est de tâtonnements, d'allers-retours, voir d'erreurs, qu'il est fait, au moins autant que de réussites. Les acteurs des établissements ont traversé ces « épreuves », ces doutes. Ils conçoivent légitimement la fierté d'avoir participé à cette aventure toujours en marche.

Les récentes évolutions organisationnelles et leur perception

Dans les services techniques, l'installation dans les nouveaux locaux en 2003, au sortir du sombre rez-de-chaussée de la R1, l'amélioration des équipements (élévateur, bureau pour le magasinier), l'informatisation (bons de travaux), l'amélioration du patrimoine bâti (plus complexe mais d'un entretien plus « confortable ») ont constitué de vraies avancées. La création d'un service unifié Antrain-Saint Brice, d'un magasin commun (alimentation, hygiène) sont également des renforcements importants. La dimension managériale, acquise difficilement mais enfin en 2009 est sans doute l'avancée la plus déterminante pour ces services.

Dans les « services de gestion » la professionnalisation est passée par la structuration de l'administration, la formation, l'informatisation renforcée notamment pour les échanges avec les partenaires. Une plus grande spécialisation, parfois en partenariat (groupement de commandes, service de gérance de tutelles) a permis au personnel de répondre à la complexité croissante des règlementations, à la réduction des délais de gestion, à l'augmentation des exigences d'information des autorités et des partenaires en général. Là aussi, de nouveaux métiers sont apparus pour les marchés publics, la protection des majeurs, l'information médicale, la démarche qualité.

La pharmacie a aussi bien changé depuis 2000. Le praticien esseulé et partagé entre deux sites de 2001, en sous sol (la R3 lézardée !) ou dans des locaux exigus et inadaptés (« section de cure »), a laissé la place au pharmacien entouré de deux préparatrices, pilote d'un groupement de commandes pharmaceutique, et à ce titre, en relation avec ses collègues du territoire de santé, installé dans des locaux neufs, même s'ils sont insuffisants, informatisé.

Les médecins ont bien dû aussi accepter cette informatique un peu lourde (Osiris depuis 2007). Pour eux également, les changements sont pesants : augmentation des charges de soins, des contraintes de traçabilité, des exigences d'information des patients et des professionnels, des besoins de formations et de bonnes pratiques. Craintes à la vue de l'arrivée de nouveaux médecins salariés, craintes à la perspective de changements majeurs dans le mode d'exercice, dans les lieux d'exercice aussi. Avec parfois, le sentiment de n'être pas entendu, pas compris, soumis à des « inerties » institutionnelles décourageantes, dans un nouveau contexte peut-être un peu « déshumanisé », l'inquiétude de devoir s'éloigner des logiques médicales, de devoir entrer dans le « moule ». Mais malgré cela, tout au long de ces 10 dernières

années, prêts à s'engager pour l'hôpital (vacations, instances, groupes de travail, réseaux, contacts autorités…) et pour le cabinet (projet de maison médicales à Saint Brice, médecins stagiaires à Antrain…)

Dans les services de soins, innovations, changements, nouvelles contraintes et amélioration des conditions de travail

Vers 1988, des classeurs de transmission sont mis en place et ne seront remplacés qu'en 2007 avec l'informatisation du dossier médical et de soins par l'informatique et ses transmissions ciblées. Cette étapes, construites de haute lutte demeurent un enjeu aujourd'hui, même si les gains sont indéniables pour la gestion de l'information de soins.

Comparé à cette nouveauté organisationnelle majeure, l'amélioration des transports internes (pharmacie, linge, provisions) auparavant à la charge du personnel des services, peut paraître secondaire. Cela a été pourtant un élément très important d'amélioration des conditions de travail tout autant qu'une optimisation du fonctionnement.

Plus récemment, le transfert des personnes décédées des services vers l'espace funéraire par les pompes funèbres (et non plus par le personnel à pied) a constitué un vrai réconfort pour le personnel et le sentiment de mieux respecter la dépouille de la personne décédée.

L'ensemble du personnel de soins a dû faire cet effort permanent d'adaptation à une professionnalisation accrue des pratiques professionnelles, plus documentées, plus complexes et exigeantes, plus pluridisciplinaires traduites par :

- la création de nouvelles instances (CLIN, CLUD, CLAN, CVST, CSIRMT…) ;
- les démarches d'accréditation et certification venues pour attester la capacité du personnel et des organisations à se conformer à ces nouvelles pratiques ;
- la multiplication de l'usage unique pour les soins, l'hygiène auquel il a fallu aussi se familiariser ;
- la création de nouveaux postes (psychologue, diététicien, ergothérapeute, TIM, assistante sociale…) qu'il a fallu comprendre quand prédomine le sentiment d'être en nombre insuffisant « au pied du malade », pour ce qui nous semble essentiel et quand les heures supplémentaires d'IDE s'accumulent ;

Et pour tous, soignants ou non, il a fallu répondre aux nouveaux usagers, plus âgés, plus pathologiques, plus souvent animés de comportements d'agitation pathologiques ou déments et pourtant moins friands de traitements médicamenteux, plus en attente de santé et d'autonomie. De manière générale, il a fallu entendre l'exigence globale de bientraitance. Nous pensons avoir toujours fait au mieux, mais sans doute de nouvelles connaissances et de nouvelles demandes justifient ces nouvelles attentions et manières de faire.

Tout cela il a fallu le conjuguer avec l'instabilité ressentie des effectifs, pourtant en nombre croissants sur la période, le nombre de « remplaçant souvent remplacés ». Il a fallu s'adapter aussi aux hésitations sur le devenir du long séjour : hébergement fusionné à l'entrée dans la Loysance en 2004 2005, puis séparation en 2007, pour finalement voir disparaître l'USLD en 2009.

Tout cela peut expliquer une certaine perte de repères et des doutes. D'autant que depuis le rapprochement entre Antrain et Saint Brice, même si nous avons voté pour cette direction commune en décembre 2003, comment se départir de la crainte d'y perdre, ou de devoir aller travailler sur l'autre site sous la contrainte ? Malgré cela, nous avons voté le nouveau projet et nous avons déjà su échanger et même transférer des activités (le pavillon nord de Saint Brice déménageant dans la R2 d'Antrain).

Enfin, il a fallu se convertir à un nouveau management, fait de participation, d'échanges, d'engagements et d'appel à la responsabilité des acteurs. A Saint Brice, le changement a été fort également et que dire de la destruction d'une bonne partie des anciens immeubles dans le cadre des Hameaux du Coglais ?

Nous tous, acteurs des hôpitaux d'Antrain et Saint Brice, nous avons répondu à ces appels et le travail de réflexion et de projet pour lequel, au fil des années, nous nous sommes mobilisés, témoignent avec tous les changements dans nos pratiques et dans le service rendu, que nous sommes prêts pour mettre en œuvre ce projet 2010 – 2014.

Petit historique de l'Hôpital René Le Hérissé

D'après la thèse de doctorat en médecine de
Monsieur Patrick PRUAL (3 mai 1990) pour les éléments antérieurs à cette date.

L'origine

Antrain se dote d'un fond de secours pour les pauvres dés 1770… Le 8 décembre 1825, l'allusion au projet de fondation d'un hospice est notée dans les archives communales pour une population de 1 524 habitants. Cette idée, conçue par le curé de la paroisse d'Antrain, est soutenue lors d'une assemblée communale, par Monsieur FAUCHEUX, maire d'Antrain. Ce jour-là, l'achat d'une maison, rue du Couesnon, est décidé. Ce n'est qu'en 1850 que l'on retrouve trace d'un nouvel effort pour créer un hospice. Mission est confiée à la congrégation des sœurs de la Providence. Mais ce n'est que le 24 octobre 1865, à l'issue d'une collecte auprès de la population antrainaise, qu'est ouvert l'hospice sis sur le terrain de la Chaperonnière. Il comprend une salle d'asile de 12 lits et une lingerie. En 1868, une chapelle est construite (legs d'un curé originaire d'Antrain).

En 1871, lors de la défaite du Mans, les débris de l'armée de la Loire passent à Antrain. Une épidémie de fièvre typhoïde et de petite vérole contraint la commune, sous l'égide du Dr NICOLLE, à transformer l'hospice en hôpital de soins (100 militaires soignés, 14 décédés) montrant déjà sa capacité à s'adapter aux circonstances.

En 1875, un autre legs du vicomte de GUITTON permet de construire un autre bâtiment d'asile pour les enfants sur le terrain de l'hospice, mais l'argent manque.

René Le Hérissé[22] : la fondation

C'est en 1908 qu'un établissement hospitalier est créé officiellement et définitivement à Antrain (grâce aux lois sur les hôpitaux et sur la séparation de l'Eglise et de l'Etat), le 20 novembre 1908 par une municipalité républicaine.

Le 15 février 1909 l'hospice est ouvert, inauguré de façon officielle le 4 avril 1909 par Monsieur DOUMERGUE, Ministre de l'instruction publique et des beaux arts.

[22] René Le Hérissé, né le 14 décembre 1857, décédé le 23 mai 1922. Maire d'Antrain, Député (1886-1914), Sénateur (1913-1920), chevalier de la Légion d'honneur. Il a été boulangiste, nationaliste et antidreyfusard. Il fut aussi l'un des plus ardents anticléricaux de la classe politique d'Ille-et-Vilaine.

Très vite il faut agrandir les locaux. Les plans sont confiés au célèbre architecte rennais, Monsieur LALOY (qui a réalisé ceux de l'hôpital de Saint Brice construit en 1907).

Dés 1908, Monsieur LE HERISSE s'investit beaucoup pour l'hôpital d'Antrain. Grâce à lui, des fonds importants sont dégagés par l'Etat et en 1911 un nouvel hospice est ouvert pour recevoir 50 lits sur un terrain acheté en 1909 sur la route de Tremblay aux héritiers du sieur BAUDRY.

L'idée première d'un hospice-hôpital germa donc dans les pensées charitables d'un curé et ce n'est que 80 ans plus tard qu'un républicain acharné réalise cette pieuse idée.

En 1911, l'établissement compte 75 lits, 35 dans l'ancien hôpital, 40 dans le nouveau. Les premiers médecins en sont les Drs AMICE et COUPEL, la directrice Madame SOREL.

En 1912, lors du passage du Président de la chambre des députés DESCHANEL, un pavillon d'isolement est inauguré. A cette date, le Conseil de l'hôpital crée un service de pompes funèbres. En 1914, la création d'un service ambulancier et d'un service de radiographie est décidée.

Pendant la grande guerre et jusqu'au 27 avril 1919, l'hôpital d'Antrain devient « l'hôpital complémentaire » HC93 au service de 200 militaires par l'annexion de nouveaux locaux et d'établissements voisins (Tremblay).

La fermeture de l'HC93 est suivie le 28 juin 1919 de l'ouverture d'un service de chirurgie par le Dr COUPEL.

En 1920, les anciens locaux de la Chaperonnière sont désaffectés.

A la mort de René Le Hérissé, en 1922, l'hôpital d'Antrain devient « l'hospice-hôpital René Le Hérissé » et reçoit le cœur de son bienfaiteur, qui est placé dans une urne en bronze dans la salle d'honneur. Aujourd'hui, cette urne est placée dans le hall d'apparat du bâtiment historique de 1911.

L'entre deux guerres

En 1926, un bâtiment pour les « *perclus* » est édifié : pavillon femme LAENNEC et homme JENOUVRIER (sur les ailes du bâtiment de 1911).

A la fin 1927, un service pour bébé de 3 places est créé. En 1928, c'est au tour d'un cabinet dentaire en location[23]. Enfin, en 1928, un service de garde de nuit est organisé.

En 1936, l'hôpital d'Antrain s'adapte à un nouveau besoin : avec l'aide des assurances sociales, un nouveau pavillon comprenant un dispensaire est dédié à l'isolement des tuberculeux.

En 1940, des sages-femmes exercent à l'hôpital et en 1941 le Dr COUPEL propose et obtient la création d'une maternité. A ce moment, la capacité de l'établissement est de 80 lits en 3 pavillons (20 dans le pavillon des assurances sociales _l'actuelle médecine, 30 dans le corps central et 30 dans les annexes de ce pavillon_ l'actuel long séjour).

En 1944, l'hôpital sera réquisitionné pour abriter brièvement des soldats allemands prisonniers.

Maternité et chirurgie

[23] Déjà !

En 1947, le nombre des accouchements explose. Les capacités sont alors de 158 lits dont 8 de médecine, 2 pour enfants, 3 de chirurgie, 2 de maternité, 92 pour les tuberculeux et 48 pour les vieillards.

En 1953, un poste d'interne est créé. L'année suivante, un pharmacien gérant est nommé.

En 1959, avec la baisse des besoins pour les tuberculeux, la nouvelle répartition des lits est modifiée : 16 médecine, 20 phtisiologie, 60 vieillards, consultations externes (dispensaire), laboratoire, soins dentaires, pharmacie ; 26 lits de convalescence sont en cours d'installation. La chirurgie a disparu pour être replacée à Fougères et Rennes et la maternité fonctionnant en clinique ouverte alors incompatible avec le statut public de l'hôpital a été fermée par décision administrative en 1952.

La rééducation

En 1960, le projet de mieux dissocier l'hôpital de l'hospice est débattu en même temps que l'humanisation de l'hospice (salle commune). Cette année là, le Dr ROLLAND nommé le 3 août 1960, créé le service de rééducation.

Un service de médecine préventive est institué.

Le 25 août 1961, l'hospice-hôpital est classé hôpital rural. (Il sera classé hôpital local en 1974.)

En 1963, le pavillon des assurances sociales devient le service de médecine.

1969 voit l'édification d'un bâtiment léger provisoire pour 30 personnes âgées (« R1 »). Un second sera construit en 1971 (« R2 » inauguré en même temps que l'administration). En 1970, un IMP est créé avec son bâtiment et sera mis en service en octobre 1972. Le bâtiment administratif est inauguré en Juin 1972. Cette même année, une école d'aides-soignantes est créée (elle fermera dans les années 80 malgré ses bons résultats et pour des questions de financement).

En 1976, la rééducation est reconstruite et quitte l'ancien bâtiment de 1911.

De 1980 à 2000

En 1980, les 65 lits d'hospice pour personnes âgées invalides deviennent lits de long séjour. Les 95 lits d'hospice deviennent maison de retraite (dont 35 lits de cure médicale). La construction d'un nouveau bâtiment avec 28 chambres sur le modèle MAPA commence : la « R3 ».

15 places (puis rapidement 27) de soins à domicile sont créées en 1982 par l'hôpital sous forme d'une association, l'ASDPACA (association pour les soins à domicile aux personnes âgées du canton d'Antrain). Le rattachement juridique date de 1993.

La ferme située au cœur de l'établissement cessera de fonctionner en 1990. Son habitant, Joseph COLIN, entre alors en, maison de retraite.

Depuis 1990, l'Institut Médico-Educatif est juridiquement distinct de l'hôpital qui a offert les terrains. L'hôpital laissera à disposition de l'IME un vaste bâtiment préfabriqué jusqu'en 2003. Après la restitution par l'IME, ce dernier sera occupé par les ateliers (transférés du sous sol de la R1) et une grande salle de formation à la sécurité incendie.

En 1992, une grande salle de réunion (la Loisance, rebaptisée « les Valvins[24] » pour éviter les confusions avec une construction ultérieure) est inaugurée au rez-de-chaussée bas de la rééducation.

En 1993, une aile est ajoutée à la médecine. Les chambres à 3 lits disparaissent de cette unité.

La décennie 2000

Le projet d'établissement amorcé en 1993 envisage progressivement la construction d'un bâtiment nouveau en remplacement des anciens «bâtiments temporaires de R1 et R2 » devenu inadaptés. Le premier coup de pioche est donné le 28 novembre 2001.

Mais c'est sous l'empire d'un autre projet d'établissement (2004-2008) que cette nouvelle construction dénommée Village de la Loysance prendra la place de la R3, détruite en 2004. Mis à disposition en deux tranches, ce village de 9 000m² est sur quatre niveaux dont deux d'habitation. La première tranche est livrée pour 100 habitants en février 2004. Disparaissent alors les dernières chambres à 3 lits du long séjour (bâtiment Le hérissé). 50 autres habitants quittent arrivent décembre 2005 (R1 et R2 sont désaffectés). Le chantier de la Loysance a été long, compliqué et donnera lieu à une longue procédure heureusement sanctionnée pour l'hôpital en 2010.

La R2 désaffectée en 2005 sera réoccupée pendant 2 années (février 2008 à mars 2010) au bénéfice de résidents de l'hôpital de Saint Brice déplacés pour permettre la construction des Hameaux du Coglais.

A l'occasion de la construction de la Loysance, une unité spécialisée pour la maladie d'Alzheimer, l'Ancre, occupe dés février 2004 le rez-de-chaussée haut du bâtiment Le Hérissé. Le projet d'établissement 2010-2014, voté en avril 2010 prévoit le transfert de cette unité vers les Hameaux du Coglais en 2011.

L'espace funéraire qui avait trouvé place dans la chapelle dispose de locaux adaptés au niveau bas du village de la Loysance et la chapelle retourne à sa destination première.

C'est également dans la Loysance que la chaufferie centrale est installée ainsi que la nouvelle cuisine avec sa production de 500 repas par jour. Elle avait occupé le rez-de-chaussée du bâtiment Le Hérissé, avait bénéficié d'une extension à cet endroit lors de « l'humanisation » de ce bâtiment en 1978-1979. Ces anciens locaux seront occupés par les « restos du cœur » à partir de la fin 2006.

De même, à la fin 2006, l'ancien internat fait l'objet de petits travaux de remise en état pour accueillir un cabinet de kinésithérapie libéral.

Avec la livraison du Village de la Loysance, un nouveau plan de circulation est mis en place au sein de cet établissement pavillonnaire et l'accès rue du Vivier est modifié et sécurisé comme la totalité du terrain.

En 2003, l'accueil de l'administration est repensé dans un triple but : améliorer l'ergonomie au travail des personnels, renforcer le confort de l'accueil (siège, bureau plutôt que banque d'accueil) et changer l'image de l'accueil (image plus dynamique). C'est au 1er janvier 2008 que le service du personnel investit le 2ème étage supprimant la vaste salle du Conseil qui l'occupait. C'est en effet à cette date que les hôpitaux d'Antrain et Saint Brice réunissent leur personnel administratif en un seul organigramme. Cet évènement avait été préparé notamment par la redéfinition des logiciels de gestion harmonisés. Un réseau privé (VPN) a été mis en place en 2006 pour permettre la centralisation des serveurs informatique à Antrain.

En 2007, à son extrémité est (pavillon JENOUVRIER), le bâtiment Le Hérissé accueille le SSIAD, trop longtemps confiné au sous-sol de la médecine, ainsi que le

[24] Lieu dit proche.

réseau gérontologique Partâge, créé sous forme associative à l'initiative de l'établissement et financé à partir de 2007 sur des crédits spécifiques de Sécurité sociale (Dotation régionale des réseaux puis fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville). L'extrémité ouest de ce bâtiment (pavillon LAENNEC), cédé à la commune d'Antrain, sera rénovée et transformée en 2011 pour accueillir un accueil petite enfance de Antrain communauté.

Historique : de l'hôpital-hospice à l'hôpital local

Générosité privée et action politique

C'est l'hospitalisation d'un Briçois à l'hôpital de Fougères qui recueillait jusqu'ici les malades du canton de Saint Brice, qui fut à l'origine de la création de l'hôpital de Saint Brice en Coglès.

Un journalier chargé de famille dut, à la suite d'un accident grave, être transporté à Fougères. Les frais d'hospitalisation étant assez onéreux, une souscription fut organisée dans le bourg de Saint Brice pour y subvenir. La plus large part en fut couverte par une dame Louise GUYHOMAND, veuve de M. RACINE, ancien notaire à Saint Brice.

Le Maire M. Victor ROUSSIN, après la guérison du blessé, remercia au nom de la commune, la bienfaitrice et plaida auprès d'elle la cause des malades à venir et des indigents.

L'idée de la construction d'un hôpital hospice inspira alors le testament de Mme Veuve RACINE.

Par décret en date du 22 novembres 1904, le Président de la République autorise la création d'un hôpital hospice dans la commune de St Brice

1905 : Legs important de Mme RACINE (une maison située à Fougères : l'immeuble du Fermier COSSU) à la commune de Saint Brice en Coglès dans le but de fonder un hôpital - hospice pour les vieillards et les malades indigents de la commune et dont la volonté était qu'il soit dirigé par des religieuses.

31 mars 1905 : la première commission administrative s'installe sous la Présidence de M. ROUSSIN, alors maire.

La construction de l'établissement se trouvait assuré mais pas son fonctionnement. Il fallait des dons et il était tout indiqué de recourir aux subventions que le gouvernement accordait alors sur les fonds du Pari Mutuel. Cependant, pour obtenir une subvention de ce genre, encore fallait il que la commune put contribuer pour une partie aux dépenses que la construction allait nécessiter. Or la municipalité avait à prévoir pour son budget, l'augmentation de dépenses nécessitées par la construction de l'école laïque de filles et il lui était impossible de s'engager pour la somme prévue.

Mais quand une bonne œuvre en appelle une autre …

Legs de Mme Veuve THORY, née ROUSSIN-ELIAS qui donna 20.000 Fr. à l'hôpital. Ce don, venant d'une personne ayant par sa famille des attaches à St Brice (M. Victor Roussin), fut considéré comme la contribution de la commune aux frais de la construction et la difficulté se trouva alors résolue : la commune pouvait recevoir du Pari Mutuel une subvention en faveur d'une œuvre charitable nouvelle.

Le Maire de St Brice fit valoir auprès du gouvernement qu'il s'agissait de doter un canton fermement attaché à ses idées républicaines et frappa à toutes les portes, intéressant à sa cause Mr CRUCHON-DUPEYRAT, sous préfet de Fougères et divers hommes politiques : M. BAZILLON, député, M. GARREAU, sénateur de Vitré

Legs de Mme ROUSSIN-ELIAS mère de Mme Veuve THORY : 10 000 Fr.

Si les difficultés financières étaient aplanies grâce à ce don, un incident d'ordre politique , impossible à prévoir, se produisit.

Le don de Mme Veuve RACINE qui portait sur la condition que l'hôpital soit tenu par des religieuses faillit faire échec au projet puisque Emile COMBES, alors président du Conseil, était hostile à toute création d'établissement de ce genre (la loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat était récente).

M. ROUSSIN redoubla d'efforts avec l'aide de M. GARREAU et de M. SURCOUF, député de St Malo, pour réussir enfin à obtenir du Président, à titre exceptionnel, l'autorisation demandée.

Ce fut là, le dernier obstacle sérieux, le projet d'hôpital était cette fois définitivement accepté et le gouvernement donnait bientôt à l'établissement une preuve d'intérêt.

M. ETIENNE, ministre de l'intérieur accompagné de M. LE HERISSE et M. SURCOUF passe alors quelques heures à St Brice et fait à Mr ROUSSIN promesse de subvention de 25.000 Fr. sur les fonds du Pari mutuel.

Les travaux, commencés en 1905, sous la direction de Mr LALOY, architecte départemental, furent activement réalisés : l'immeuble, d'un très bel aspect, et ses annexes, pavillon d'isolement, lavoir, dépôt mortuaire s'élèvent sur un terrain de 2 hectares en bordure de la route de Fougères. Il réunit alors toutes les conditions d'hygiène et de confort exigées d'un établissement de ce genre. L'établissement assurera l'hospitalisation des malades et recueillera aussi les vieillards indigents de St Brice et des communes voisines.

Comme à Antrain, le célèbre mosaïste Art Déco ODORICO laissera sa trace sur l'architecture du rennais LALOY.

La fondation

30 juin 1907 : Inauguration de l'hôpital-hospice le même jour que l'Ecole Communale des Filles, sous la Présidence de Monsieur le Préfet d'Ille et Vilaine, en présence de diverses personnalités et des membres de la commission administrative et du conseil municipal. Au programme :

Le Dimanche 30 juin, le matin. – Réveil en Fanfare par les Trompettes Briçoises

A 10 heures à la gare. – Réception des autorités et de l'Harmonie Fougeraise

A 11 heures. – Inauguration de l'Hôpital-hospice et de l'Ecole de Filles

A midi. – Grand Banquet démocratique, par souscription (Les dames y sont admises)
De 2 h. à 4 heures. – Jeux divers. – Concert par l'Harmonie Fougeraise et les Trompettes de Saint Brice.
A 4h. ½. – Concours de chars et de bicyclettes fleuries. – Groupes costumés.
A 5 heures. Défilé, bataille de fleurs.
A 6 heures. – Distribution de prix.
A 8 heures. – Illumination, embrasement du boulevard de la Gare.
A 9 heures. Retraite aux flambeaux. – Feu d'artifice.
A l'occasion de cette fête, un train spécial, de Fougères à St Brice, sera mis à la disposition des voyageurs par la Compagnie de l'Ouest.

L'hôpital compte alors 26 lits. Il est divisé en deux pavillons consacrés l'un aux femmes, l'autre aux hommes et divisés eux-mêmes chacun en deux parties destinées l'une aux vieillards, l'autre aux malades. Un pavillon d'isolement était aussi prévu pour soigner les contagieux. Les docteurs FEVRE André et François HELLEU étaient les deux médecins de l'hôpital.

20 août 1907 : Trois Sœurs de la Sagesse de la Communauté de St Laurent sur Sèvre sont envoyées pour prendre la direction de l'établissement.

Elles ne tardèrent pas à être confrontées à de nombreuses difficultés tant de la part de l'administration que des autorités religieuses locales qui n'admettaient pas que des religieuses puissent venir cautionner cette réalisation municipale. Les rapports devinrent très tendus. Les religieuses se virent même interdire l'entrée de l'église paroissiale pendant 18 mois. Après cette période, elles n'eurent l'autorisation de suivre la messe dominicale que des marches de la tribune.

Février 1908 : un important legs de M. Arsène LEBRETON, quincailler de Saint Brice et conseiller municipal, permit ensuite d'aménager assez vite l'hôpital.

Avril 1908 : Mme Victor ROUSSIN lègue six lits complets

1912 : La situation s'apaise – le nombre de religieuses est porté à 4. Le docteur FEVRE, qui vient d'être élu maire de la commune à la place de M. ROUSSIN, autorise la supérieure à disposer d'une chambre pour y placer un autel et y faire célébrer la messe une fois tous les 15 jours.
1914-1918 : L'hôpital compte alors 146 lits et emploie 59 personnes
Les autorités militaires immobilisent les 30 lits dont dispose l'hôpital. Ceux-ci seront occupés dès le 11 septembre 1914 par des blessés de la bataille de la Marne. Au total, 64 personnes y compris le personnel, occupent l'hôpital. Le nombre de Sœurs est alors porté à 5

- les hommes furent installés dans le pavillon d'isolement (pavillon nord) ainsi que dans les caves
- une salle fut conservée pour les femmes malades et les plus valides montèrent aux mansardes

5 janvier 1918 : Décès de Mr Victor ROUSSIN en son domicile. Il lègue 2000 Fr. à l'hôpital

1922 : le chauffage central est aménagé

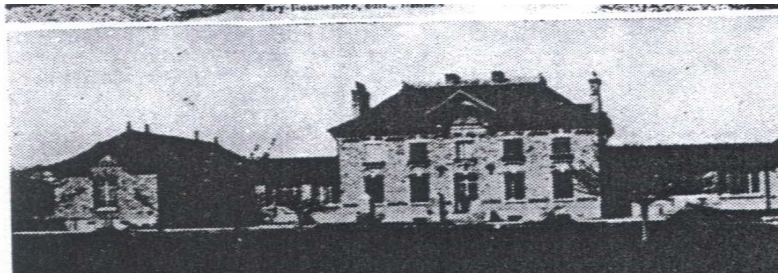
17 avril 1923 : Mlle Florentine PRIOUX décède à l'hôpital. Elle a légué la somme de 15 000 Fr. à l'hôpital. La commission administrative décide donc de faire figurer son nom au nombre des bienfaitrices de l'établissement.

29 juin 1924 : Décès du Dr HELLEU en son domicile. Il a légué la somme de 20 000 Fr. à la condition « d'entretenir leur monument du cimetière et de servir un café supplémentaire avec un petit verre d'eau de vie à l'ami Prosper HAUVERBERT » et payable au décès de sa femme.

1927 : L'électricité est installée

1930 : L'eau sous pression est établie

1933 : Adjonction de deux ailes au bâtiment principal



1938 – 1939 : Construction des chambres attenantes aux grandes salles

1939 : épidémie de fièvre typhoïde. Les Sœurs elles mêmes en furent atteintes et une en fut victime.

6 avril 1943 : Décès de Mme HELLEU qui a élargi le geste de générosité de son mari en léguant dans son testament, tous les biens meubles et immeubles qu'elle possède sous réserve que l'hôpital fonde un orphelinat de petites filles qui portera le nom de « Orphelinat Docteur et Madame HELLEU LEPAGE » inscrit en lettres taillées en relief dans la pierre sur la façade du bâtiment dans lequel cet orphelinat sera installé. En outre, elle souhaite que son portrait et celui de son mari avec encadrement doré soit placé dans l'une des salles à « l'endroit le plus convenable ».

Pour tenir cet orphelinat, il devra être fait appel de préférence aux religieuses de la Sagesse.

Une nouvelle gestion

1er juillet 1953 : Monsieur Pierre MENARD, ancien instituteur dans l'enseignement privé, prend la direction de l'hôpital de Saint Brice en Coglès, à mi-temps.

A cette époque : 72 lits, 9 salariés et 4 religieuses

1955 : Ouverture du Pavillon Helleu destiné au service convalescence, comprenant 12 lis et construit grâce au legs de Madame et Docteur HELLEU

7 juillet 1957 : Célébration du cinquantenaire de l'hôpital hospice. La fête s'est déroulée dans l'ordre suivant :

- 10h, messe pour les bienfaiteurs de l'hôpital
- 12h, déjeuner
- 14h, séance de variétés
- 16h, réunion de la commission

1958 : Direction à plein temps de M. MENARD

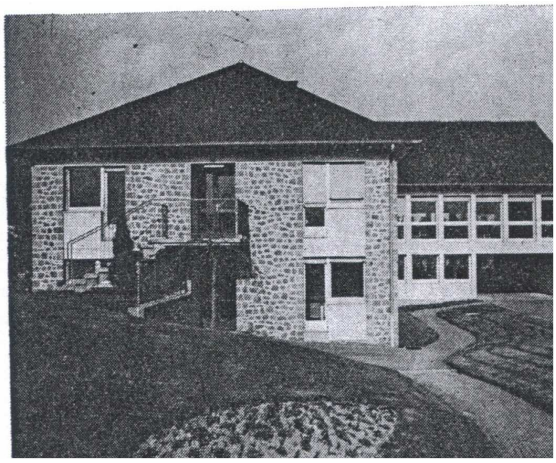
1966 : les religieuses mettent sur pied un service de soins à domicile

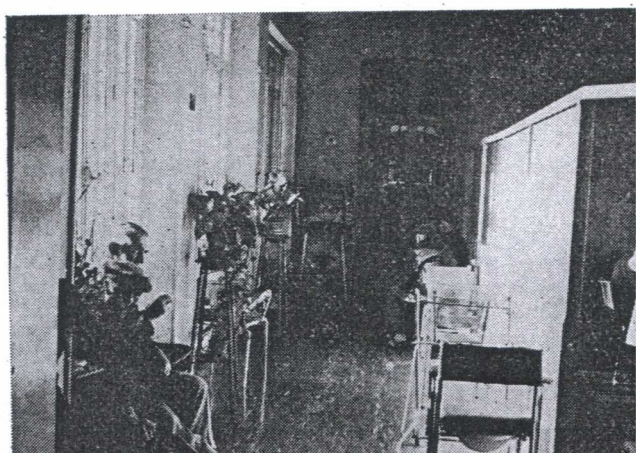
1967 : La poétesse Berbère Fadhma Ait Mansour AMROUCHE (1882-1967) décède à l'hôpital de Saint Brice (elle est inhumée à Baillé).[25]

[25] Histoire de ma vie : Ce livre est le récit d'une vie, « une simple vie, écrite avec limpidité par une grande dame kabyle, [...] où l'on retrouve les travaux et les jours, les naissances, les morts, le froid cruel, la faim, la misère, l'exil, la dureté de cœur, les mœurs brutales d'un pays rude où les malédictions, les meurtres, les vendettas étaient monnaie courante... ». Kabyle, chrétienne, femme, et surtout poète, Fadhma Amrouche a vécu l'exil toute sa vie : dès sa naissance en 1883, dans son propre pays, l'Algérie, puis pendant quarante années en Tunisie, enfin en Bretagne jusqu'à sa mort en 1967. Dans ce livre magnifique, elle raconte sa vie de femme et le destin des Kabyles, « tribu plurielle et pourtant singulière, exposée à tous les courants et pourtant irréductible, où s'affrontent sans cesse l'Orient et l'Occident, l'Algérie et la France, la Croix et le Croissant, l'Arabe et le Berbère, la montagne et le Sahara, le Maghreb et l'Afrique... »

1969 : un service Médecine de onze lits est construit par allongement du pavillon Nord

Octobre 1973 : les deux pavillons de la maison de retraite entrent en service

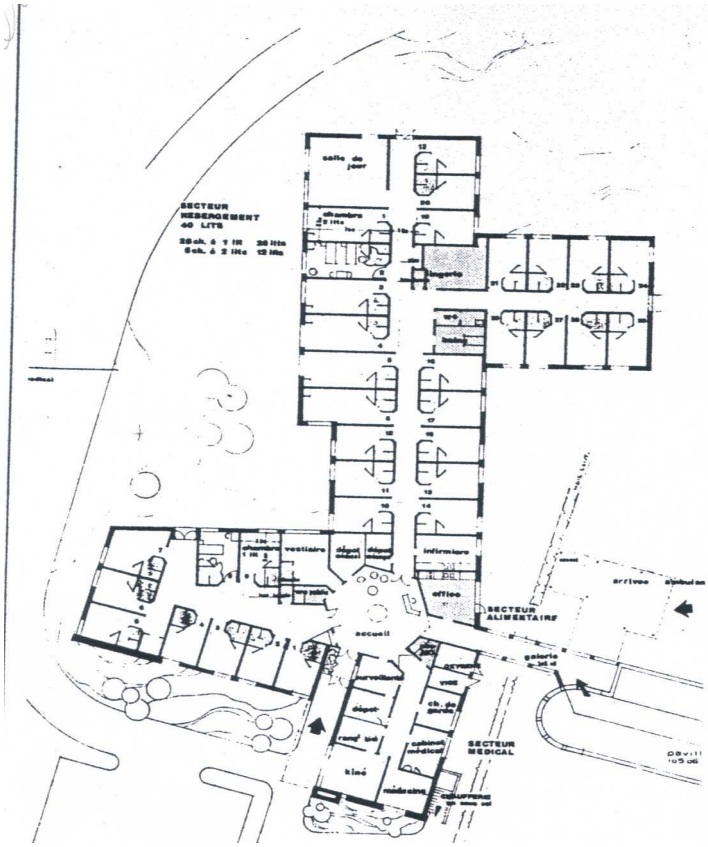




1980 : les religieuses (Sœur Bernadette, Sœur Aimée et Sœur Marie-Pierre) quittent l'hôpital. Cette décision met alors un terme à soixante-treize années de présence des sœurs de la Sagesse à l'hôpital-hospice de Saint Brice. Elle est motivée par les difficultés de recrutement qui affecte aujourd'hui les congrégations religieuses.

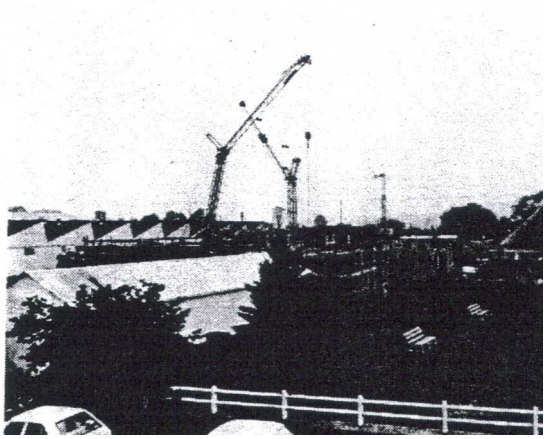
- « L'humanisation » de l'hôpital : pour financer une partie de sa modernisation, l'hôpital a décidé de vendre une partie de son patrimoine acquis par donation (fermes …). L'hôpital entreprendra alors trois phases de modernisation : la construction du bâtiment de cure médicale (40 lits), la réhabilitation du pavillon HELLEU (12 lits médicaux) et la réhabilitation du bâtiment central alors partiellement désaffecté.

Juillet 1982 : La première phase du plan d'humanisation démarre avec le chantier du bâtiment de cure médicale de 40 lits. Cette construction vise à pallier la double fonction « un peu gênante » du bâtiment qui voit des lits de cure installés dans la maison de retraite. Les personnes souffrantes côtoyant alors quotidiennement celles en bonne santé.



Le bâtiment sera implanté sur le terrain entre l'hôpital et la S.B.C. Il sera de plain pied et l'architecture sera la même que celle des pavillons de la maison de retraite. Il comportera 28 chambres individuelles et six à deux lits toutes équipées d'un branchement oxygène et vide ainsi que d'un système d'appel lumineux. De son local, l'infirmière de permanence sera alertée par un tableau central et pourra intervenir immédiatement.

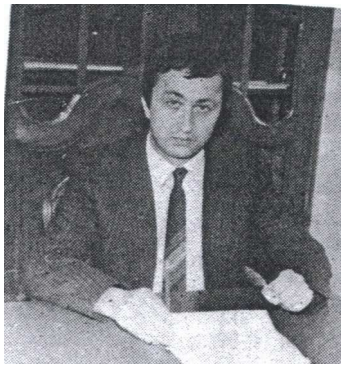
Seront accueillis des personnes effectuant un long séjour provisoire ou définitif.



1er juin 1983 : départ en retraite de M. MENARD. L'hôpital compte alors 146 lits et emploie 59 personnes

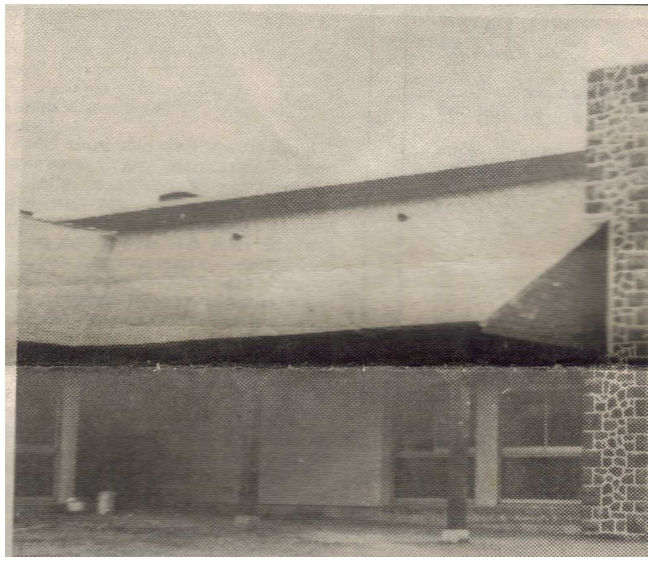
M. Paul GUINEBAULT, directeur de l'hôpital de Bazouges-la-Pérouse assurera l'intérim de l'établissement.

1er septembre 1983 : Paul GUINEBAULT est nommé officiellement directeur de l'hôpital de St Brice



6 Décembre 1983 : réception des 12 lits du Pavillon Helleu qui étaient en rénovation et qui constituaient la seconde tranche de la réhabilitation de l'hôpital.

21 janvier 1984 : Inauguration de la nouvelle aile « section de cure médicale » : M. François PONGE, sous préfet, a coupé le ruban traditionnel. Cette manifestation s'est déroulée en présence de M. MADELAIN, sénateur, M. COINTAT, député, des conseillers généraux des communes limitrophes, de M. GUERINEL, maire de St Brice et président du conseil d'administration, de la D.D.E, de la D.D.A.S.S et de nombreux élus locaux.



Ce bâtiment sera relié aux autres sections par un couloir également en construction.

La répartition des lits se compose comme suit :
- 23 lits en médecine et moyen séjour
- 40 en long séjour et non-invalides
- 83 en maison de retraite (valide)

Il est prévu d'engager 4 agents supplémentaires, 80 demandes d'emploi ont été déposées.

Coût total : 7.5 millions de francs subventionnés principalement par l'Etat et la CANCAVA.

Septembre 1985 : La troisième phase « d'humanisation » de l'hôpital est engagée. Elle concernera le bâtiment central. Huit chambres à une personne et huit autres à deux vont être aménagées au rez-de-chaussée. L'administration réintègrera le bâtiment qui servira aussi à l'accueil. Enfin, les cuisines, la lingerie et l'atelier qui se situent au sous-sol vont être aussi refondus.

17 janvier 1987 : Inauguration officielle par M. Pierre Méhaignerie ministre du logement, de la seconde phase du plan d'humanisation : rénovation de la partie la plus ancienne, la partie centrale soit les deux ailes en forme de croix, de chaque côté d'un bâtiment-centre, qui constituait autrefois l'entrée principale. Cette partie abritait encore l'hospice des hommes et des femmes (soit 24 pensionnaires répartis en quatre chambres communes) et quelques services techniques mal desservis (cuisine, lingerie …).

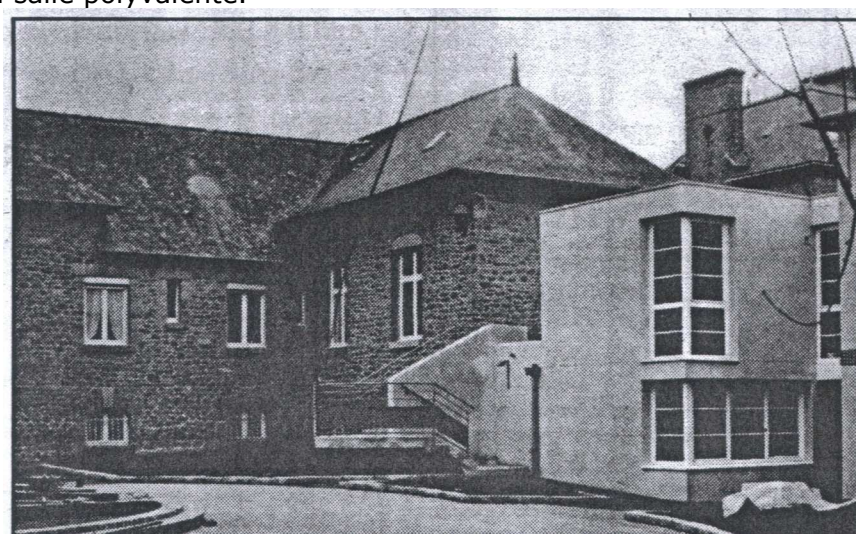
La seconde phase d'humanisation menée entre le 17 septembre 1985 et la mi-décembre 1986, a tout transformé.

Au sous-sol : les services généraux et techniques dans des locaux clairs, spacieux et fonctionnels (réserve alimentaire, cuisine, lingerie, chaufferie et même ateliers).

A l'étage : l'internat et la salle du conseil d'administration.

Au rez-de-chaussée, de chaque côté de l'entrée, qui a retrouvé sa vocation d'accès principal : le secrétariat d'accueil, un salon de télévision, les services administratifs (dont le bureau du directeur) et dans les deux ailes contigües : une douzaine de lits de part et d'autre, en chambres individuelles ou à deux.

15 février 1993 : Ouverture du bâtiment d'hébergement temporaire. Douze lits en chambres individuelles ont été aménagés dans une aile ajoutée pour l'occasion au bâtiment initial de la maison de retraite. Ce nouvel édifice a entrainé la destruction d'un ancien bâtiment, situé au fond de la cour. Le bâtiment qui abritait autrefois les bureaux a pour sa part été transformé en salle polyvalente.



A l'occasion de cette ouverture, quatre postes supplémentaires ont été créés. Ils vont porter à 67 le nombre total d'emplois à l'hôpital.

15 avril 1993 : transformation de 12 lits de médecine en 12 lits de moyen séjour

Octobre 1994 : L'hôpital de Saint Brice entame l'amélioration de son système de sécurité anti-incendie suscité par un renforcement des conditions de sécurité suite à l'incendie de la clinique psychiatrique de Bruz en juin 1993 qui avait fait vingt morts.

A partir de 1996, la question du remplacement du bâtiment pavillon nord et du bâtiment historique justifie un projet de reconstruction de 71 lits. Un plan directeur est réalisé (qui prévoit 5 tranches) et des subventions sont obtenues pour les 71 lits. Les études s'enlisent.

En novembre 2002, le Directeur est victime d'un accident. Le Directeur de l'hôpital d'Antrain, Joanny ALLOMBERT est nommé intérimaire à compter du 1er décembre 2002. Les

études sont reprises mais n'aboutissent pas et ce projet est interrompu en avril 2005. Un nouveau projet est arrêté avec un nouvel architecte, Didier LOSFELD. Sur le fondement d'un programme impliquant tout le personnel, les Hameaux du Coglais sont imaginés.

Ils seront présentés lors de la fête des 100 de l'hôpital de Saint Brice, le 30 juin 2007. à cet occasion, l'hôpital de Saint Brice devient l'Hôpital Victor ROUSSIN et reçoit une identité visuelle (en même temps que celui d'Antrain qui en change).

Le Maire, Louis DUBREIL accueille le président du Conseil général, Jean-Louis TOURENNE, ainsi que Jacky LE MENN, conseiller général (sénateur quelques années plus tard), du député Thierry BENOIT et de nombreux autres invités.

A 200 mètres du centre de Saint Brice, les Hameaux du Coglais rassemblent 111 chambres en 6 quartiers autour d'une rue intérieure desservant par ailleurs le restaurant, la salle de spectacle, la crèche cantonale, les espaces associatifs et commerciaux, La construction des Hameaux du Coglais commence en avril 2008 et une première tranche est livrée en mars 2010.

Au plan institutionnel, une direction commune est mise en place avec l'hôpital d'Antrain en 2005 prolongeant l'intérim entamé en 2002.

Amélie MORIN, directrice stagiaire

Sources : La chronique de Fougères, La chronique républicaine, Ouest France, le registre des délibérations de la commission administrative de l'établissement

Liste des sigles

ADIPH : Association Départementale pour l'insertion des personnes handicapées

ADMR : Aide à domicile en Milieu rural

ADULO : Association des Utilisateurs du logiciel Osiris (premier club utilisateur co-fondé par la coopération informatique créée par l'hôpital d'Antrain)

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (association chargée de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPH), l'Agefiph collecte les contributions financières des entreprises de 20 salariés et plus qui s'acquittent par ce moyen, en tout ou partie, de leur obligation d'employer des travailleurs handicapés).

AMP : aide médico-psychologique

ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (Dans le cadre du projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST), il a été décidé de regrouper la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH), la Mission Nationale d'Expertises et d'Audits Hospitaliers (MEAH) et le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) au sein d'une nouvelle entité : l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux).

ANFH : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (L'ANFH est une association paritaire devenue organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière en 2007. Elle assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue par l'ensemble des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics adhérents).

ANHL : association nationale des hôpitaux locaux

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

ARS : agence régionale de la santé

ASB : Antrain Saint Brice

AS : aide soignant

ASH : agent de service hospitalier

AVC : accidents vasculaires cérébraux

BPR : blanchisserie du pays de Rance

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CBUM : contrat de bon usage du médicament (décret du 24 août 2005 et circulaire du 19 janvier 2006. Le CBUM conclu pour trois à cinq ans entre l'ARS et les établissements MCO. Il a pour but d'engager une démarche qualité et de garantir le « bien-fondé des prescriptions des spécialités

pharmaceutiques ». À ce titre, nombre de CBUM rendent obligatoire la prescription informatisée des médicaments).

CCAA : centres de cure ambulatoire en alcoologie (sont reconnus comme institution médico-sociale et sont financés par l'Assurance Maladie. Ils remplacent les anciens centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA). Les CCAA peuvent être spécialisés dans la prévention, dans le soin ou les deux types de prise en charge. Les soins qui y sont dispensés sont gratuits)

CDAS : centre départemental d'action sociale

CDD : contrat à durée déterminée

CDI : contrat à durée indéterminée

CES : certificats d'études spécialisées

CH : centre hospitalier

CHGR : centre hospitalier Guillaume Régnier

CHP Saint Grégoire : centre hospitalier privé de Saint Grégoire

CHSCT : comité hygiène, sécurité et conditions de travail

CHT : communauté hospitalière de territoire

CHU : centre hospitalier universitaire

CISS : collectif inter associatif sur la santé

CLAN : comité de liaison alimentation et nutrition

CLIC : centre local d'information et de coordination

CLUD : comité de lutte contre la douleur

CM 24 : catégorie majeure 24 Séjours de moins de 2 jours (un certain nombre de GHM appartiennent à des catégories majeures dans lesquelles l'orientation des RSS ne dépend pas du diagnostic principal. C'est le cas de la CM 24 Séjours de moins de 2 jours dans laquelle c'est la durée de séjour qui est déterminante)

CMA : complications ou morbidités associées

CMC : catégorie majeure clinique (Les CMC sont le premier niveau de classement des résumés hebdomadaires standardisés* (RHS). Elles correspondent aux grands types de prise en charge (cardiovasculaire et respiratoire, neuromusculaire, post-traumatique, soins palliatifs, etc.).

CME : commission médicale d'établissement

CMP : centre médico-psychologique

CODEM : comité d'observation de la dépendance et de la médiation

COMEDIMS : commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (obligatoires par le décret du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Leur rôle actif dans la politique du médicament à l'hôpital et dans la promotion de la qualité des soins est renforcé par leur participation à la sécurisation d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux).

CMAO : commission médicale d'accueil et d'orientation

CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyens

CRG : centre régional de gériatrie de Chantepie

CRLCC : centre de lutte contre le cancer

CRUCQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (loi du 4 mars 2002 (Article 16) et décret du 2 mars 2005. La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs griefs. Elle examine les réclamations adressées à l'hôpital par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle rend compte des ses analyses et propositions dans un rapport présenté à la Conseil de surveillance de l'hôpital qui émet des avis sur les mesures à adopter afin d'améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge).

CUI-CAE : contrat unique d'insertion - contrat d'accompagnement dans l'emploi

CVS : conseil de vie sociale

DASRI : déchets d'activités de soins à risques infectieux

DGI : direction générale des impôts

DIM : département d'information médicale (désigne par extension, le médecin responsable de ce service)

DIU : diplôme interuniversitaire

DMS : durée moyenne de séjour

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : diplôme universitaire

ECA : enseignant clinicien ambulatoire (maître de stage spécialement formé et évalué ; cette relation au sein d'un cabinet grâce à la connaissance de l'environnement et des patients, favorise l'objectif de mise en autonomie de l'interne de Médecine Générale au cours du stage).

EGTICE : équipe de gérance de tutelle inter-établissements, charte éthique

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMS : équipe médico-sociale (Conseil général)

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

ETP : équivalent temps plein

FMC : formation médicale continue

FMES : Fonds de modernisation des établissements de santé

FINESS : fichier d'identification national des établissements sanitaires et sociaux (recense l'ensemble des établissements et équipements sanitaires et sociaux autorisés et installés)

GAELIG35 : gestion des admissions et des listes d'inscription gérontologiques

GHM : groupes homogènes de malades

GIR : grille iso ressource (grille de dépendance utilisée pour le calcul de l'APA)

GMP : GIR moyen pondéré (niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. Indicateur qui détermine le niveau des moyens accordés au titre de l'APA en établissement. Le GMP s'obtient en divisant le total des points GIR d'un établissement par le nombre de personnes hébergées.)

GMPS : GIR moyen pondéré soins (définition d'une unité de référence permettant de calculer ce que devrait être la dotation soins « normale » d'un établissement, compte tenu des coûts constatés dans la moyenne de tous les autres. Il agrège lui-même deux ensembles : le Gir moyen pondéré (GMP) qui mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance ; le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille Aggir (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) ; le Pathos moyen pondéré (PMP) qui mesure, également en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante.)

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point (système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments).

HAD35 : hospitalisation à domicile 35

HAS : haute autorité de santé (évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie; promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé; améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville; veiller à la qualité de l'information médicale diffusée; informer les professionnels de santé et le grand public et améliorer la qualité de l'information médicale; développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.)

HC : hospitalisation complète

HDC : Hameaux du Coglais

HJ : hospitalisation (hôpital) de jour

HL : hôpital local

HPST : loi hôpital patient santé territoire du 21 juillet 2009

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
LH : liaison hospitalière (journal interne des hôpitaux d'Antrain et Saint Brice)

MCO : médecine chirurgie obstétrique

MDPH : Maisons départementales des personnes handicapées

MEAH : Mission Nationale d'Expertises et d'Audits Hospitaliers (voir ANAP)

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation (Le nouveau dispositif de financement des établissements sanitaires, fondé sur le principe de tarification à l'activité (T2A), est entré en application depuis le 1er janvier 2004. La progressivité de la réforme est assortie de la mise en place d'enveloppes spécifiques aux établissements publics et P.S.P.H. destinées à financer les Missions d'Intérêt Général (MIG) et à contribuer à l'accomplissement des Contrats d'Objectifs et de Moyens (AC : Aide à la Contractualisation)).

MPR : médecine physique et de réadaptation

MSA : mutualité sociale agricole

OAP : classification outil d'analyse PMSI

ORSB : observatoire régional de la santé de Bretagne (L'Observatoire Régional de Santé de Bretagne contribue à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population bretonne et des facteurs qui le déterminent. Il est engagé dans la réalisation d'études avec de nombreux partenaires : services déconcentrés de l'État, établissements de santé, collectivités territoriales ... pour de nombreux établissements de santé de petite taille, il réalise les traitements de l'information liés au PMSI).

PA : personnes âgées

PAQUID : personnes âgées Quid (étude de la perte d'autonomie fonctionnelle)

PASA : pôles d'activités et de soins adaptés (accueil de jour interne spécialisé)

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PATHOS : évaluation de la charge en soins en EHPAD et en USLD (coupe PATHOS pour obtenir le PMP : Pathos moyen pondéré d'un établissement)

PDS : permanence des soins

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PMT : projet Médical de territoire

PRSP : plan régional de santé publique

PSG : pôle sanitaire gérontologique

PUI : pharmacie à usage interne (pharmacies hospitalières par opposition aux pharmacies d'officine ou de ville)

RJDC : réparation juridique du dommage corporel

ROLAND : réseau opérationnel des liaisons alimentation nutrition diététique (action du PMT SSR territoire 5)

RSS : résumé de sortie standardisé (Tout séjour hospitalier dans la partie MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un RSS, constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM) PMSI

RUM : résumés d'unité médicale (voir RSS) PMSI

SAE : statistique Annuelle des Établissements

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale (Contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité… telle est la vocation des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Ces structures médico-sociales, constituées d'équipes pluridisciplinaires, prennent en charge des personnes adultes, y compris des travailleurs handicapés, qui ont – à un moment de leur vie – besoin d'un accompagnement dans la vie quotidienne. Des visites à domicile leur permettent d'être stimulées et aidées dans la confection des repas, l'entretien du linge, les courses, la gestion du budget… Le SAVS peut aussi organiser des activités et actions collectives pour le développement personnel et la resocialisation, des sorties, des repas… favorisant la dynamique de groupe et la rencontre avec d'autres).

SI - SIH : système d'information - système d'information hospitalier

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SROS 3 : schéma régional d'organisation sanitaire de 3ème génération

SSR : soins de suite et de réadaptation

T2A : tarification à l'activité

TIM : technicien d'information médicale

UEROS : unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (structures médico-sociales, destinées à favoriser la réinsertion sociale et/ ou professionnelle de personnes cérébro-lésées

UCC : unité cognitivo-comportementale (unité de prise en charge sanitaire du plan Alzheimer)

UHR : unités d'hébergement renforcé (unité d'hébergement séquentiel)

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

USLD : unité de soins de longue durée

V1, V2 : certification qualité Version 1 et version 2

Liste de sites utiles

www.adulo.fr

www.agefiph.fr

www.plan-alzheimer.gouv.fr

www.anap.fr

www.ars.sante.fr/portail.0.html

www.atih.sante.fr

www.fhf.fr

www.gaelig35.org

www.meah.sante.gouv.fr/meah/

www.parhtage.sante.fr