

PROJET D'ETABLISSEMENT

2019 - 2023

SOINS, ÉTUDES, INSERTION AU SERVICE
DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES

CLINIQUE MEDICALE ET PEDAGOGIQUE DUPRE

SCEAUX

FONDATION **SANTÉ**
DES **ÉTUDIANTS**
DE FRANCE 



INTRODUCTION

LE MOT DU DIRECTEUR ET DU COORDINATEUR MEDICAL

Le projet d'établissement 2019-2023 est conçu comme un outil à double usage :

- ✓ Usage externe dans le cadre du dialogue de gestion avec la direction générale, la tutelle et plus généralement comme outil fixant notre politique stratégique en matière de territorialité, de coopération et de développement.
- ✓ Usage interne, comme document de référence de la prise en charge, des pratiques professionnelles et de la conduite du changement. Cet aspect, essentiel à nos yeux, fait de ce projet un document quelque peu hybride puisqu'il comporte des parties que l'on attendrait plus dans un projet de service, mais nous avons souhaité avoir un document unitaire.

Ce projet s'inscrit dans un contexte tendu, avec une réduction de nos budgets et une structuration plus contrainte. Il sera le support interne des évolutions qui seront engagées dans le cadre du projet stratégique de la Fondation.

Pour autant le champ de ce projet reste dynamique et il comprend quatre axes majeurs :

- ✓ La confirmation de la thérapie institutionnelle comme élément fondamental de notre prise en charge, avec la mise en place des outils permettant à cette thérapie de se déployer dans un environnement cohérent (gouvernance, axes médicaux du projet).
- ✓ L'émergence d'éléments nouveaux de la prise en charge : pratiques transversales, nouvelles compétences, insertion professionnelle et surtout projet de création d'une unité d'hospitalisation en addictologie.
- ✓ L'appropriation des exigences d'efficacité, d'organisation et de qualité/sécurité des soins comme des leviers d'amélioration des pratiques.
- ✓ L'inscription dans le territoire, le renforcement des partenariats, et la participation à la réduction des inégalités sociales et territoriales.

La clinique Dupré doit déployer un fonctionnement cohérent avec des exigences communes pour les professionnels. Nous refusons depuis longtemps le clivage entre les logiques médicales et soignantes d'une part, et administratives et de direction d'autre part. Cette opposition des logiques est fréquente en institution soignante, et encore plus en psychiatrie, où le sens de chaque action est recherché et mesuré dans son contexte.

Ce projet d'établissement se veut donc un outil définissant les axes de travail prioritaires des différentes composantes de la clinique (médical, soins, économique, système d'information...) pour que les lieux de soins soient clairement encadrés par des règles qui ne relèvent en rien du médical, mais qui pourtant participent à son bon fonctionnement, voire à sa persistance.

En conclusion, soigner des adolescents souffrant de pathologies psychiatriques graves et mettre en place un dispositif d'évaluation et d'orientation précoce sont des investissements pour l'avenir. Cela demande des moyens significatifs, et nous nous devons de les gérer et de les organiser avec efficacité, eu égard tant à la mission même qui est la nôtre, qu'en rapport avec l'origine publique des fonds avec lesquels nous fonctionnons. Il doit s'agir d'une éthique de travail.

Proposer un socle clair, cohérent, et impératif pour tous les personnels de Dupré, est donc l'objectif majeur de ce projet. Et nous espérons, par ce moyen, partager nos valeurs et nos orientations stratégiques avec notre environnement.

SOMMAIRE

LE MOT DU DIRECTEUR ET DU COORDINATEUR MEDICAL	2
PRESENTATION DE LA FSEF	4
BILAN DU PRECEDENT PROJET D'ETABLISSEMENT	6
DIAGNOSTIC STRATEGIQUE ET TERRITORIALITE	12
GOUVERNANCE	15
LE PROJET MEDICAL ET DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	18
INTRODUCTION DU PROJET MEDICAL.....	19
CHAPITRE 1 : UNICITE ET HARMONISATION DES PRATIQUES ET DEVELOPPEMENT D'ACTIVITES TRANSVERSES ET PÔLES EXPERTS	20
CHAPITRE 2 : LA DEFINITION DU PARCOURS EN HOSPITALISATION SOINS-ETUDES	21
CHAPITRE 3 : LE PÔLE INSERTION.....	37
CHAPITRE 4 : LA DEFINITION DU PARCOURS EN HOSPITALISATION UNITE POST-AIGUE	41
CHAPITRE 5 : DIVERSIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE	43
1. LE RELAIS / CATT.....	44
2. APPARTEMENT RELAIS	47
3. LE CENTRE DE PSYCHANALYSE	48
4. L'ADDICTOLOGIE.....	50
CHAPITRE 6 : POLITIQUE DROITS DU PATIENT ET LA PLACE DE LA FAMILLE	52
CHAPITRE 7 : LA POLITIQUE DOSSIER PATIENT	57
CHAPITRE 8 : PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE – POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	59
CHAPITRE 9 : POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	63
CHAPITRE 10 : FORMATION, RECHERCHE ET PUBLICATION	65
CHAPITRE 11 : EVOLUTION DE CERTAINES FONCTIONS SOIGNANTES.....	71
CHAPITRE 12 : MUTUALISATION DES ESPACES ET DES MOYENS	73
PRISE EN CHARGE AUX ETUDES.....	76
LES FONCTIONS SUPPORTS	80
PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES	81
LA POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES ET SECURITE DES SOINS.....	81
PROJET SOCIAL – RESSOURCES HUMAINES ET MANAGEMENT	89
PROJET DE GESTION	92
PROJET SYSTEME D'INFORMATION.....	98
PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE	99
POLITIQUE DE SECURITE DE L'ETABLISSEMENT	101
LES PARTENARIATS.....	102
TABLEAU DE SYNTHESE DES OBJECTIFS STRUCTURANTS.....	108
REMERCIEMENTS	115
GOUVERNANCE – LES ACTEURS	116
GLOSSAIRE	118

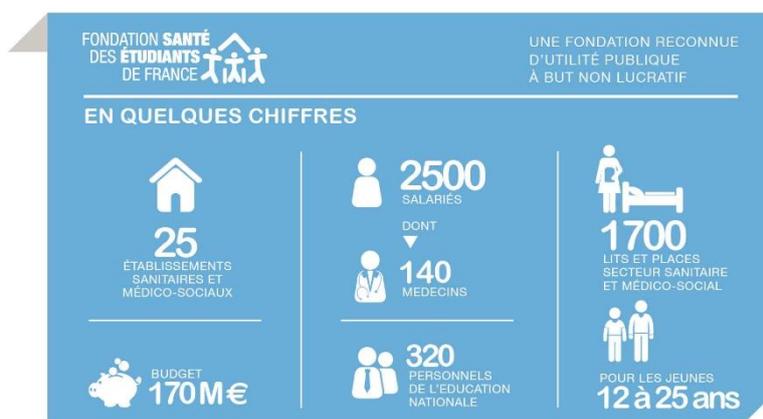
PRESENTATION DE LA FSEF

Créée en 1923, La Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF), reconnue d'utilité publique, prend **en charge des adolescents et des jeunes adultes atteints de maladie tout en leur permettant de suivre des études** et de pouvoir ensuite s'insérer dans la vie sociale et professionnelle.

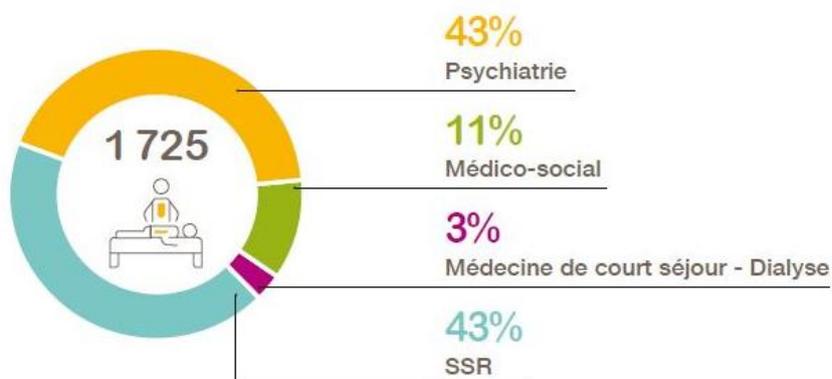
Initiatrice du concept de « **soins-études** », elle dispose aujourd'hui de 25 structures dont **12 cliniques** à but non lucratif et **13 structures médico-sociales** dans différentes régions de France, totalisant **1725 lits et places**, en psychiatrie (plus de 700 lits et places) et en Soins de suite et réadaptation (SSR)

Voir carte page suivante pour la répartition géographique des établissements sanitaires de la Fondation

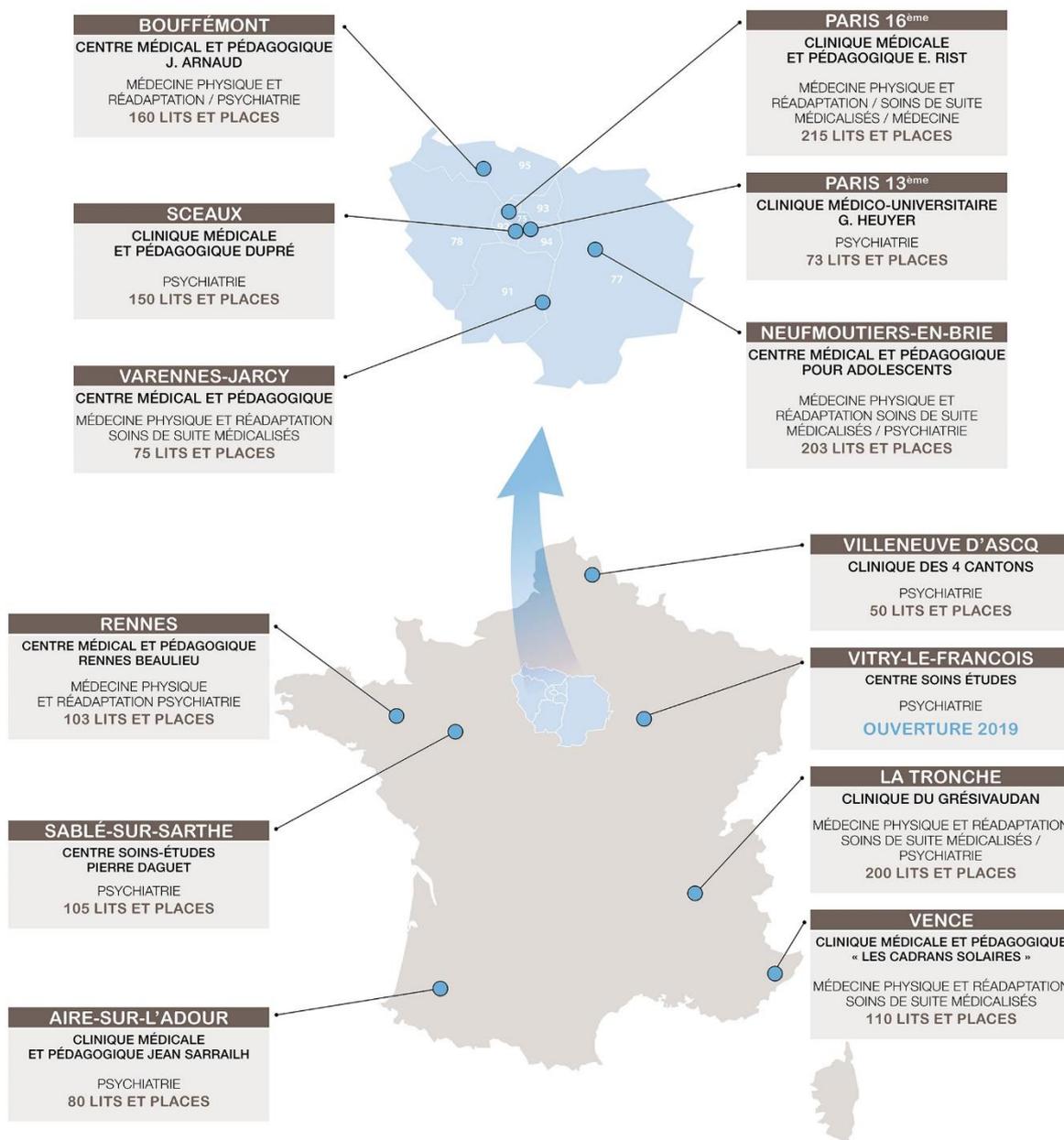
Chiffres clés de la Fondation Santé des Etudiants de France



RÉPARTITION DES LITS ET PLACES EN 2016 :



Carte des établissements de santé de la Fondation Santé des Etudiants de France



Au sein de ses **12 cliniques à but non lucratif**, la prise en charge de la Fondation vise à :

- **Développer la prise en charge en psychiatrie ou en SSR, au sein de clinique soins-études** - en partenariat avec l'Education nationale - de patients ayant
 - des troubles psychiques sévères en coordination et étroite relation avec leurs psychiatres référents, en particulier avec le secteur psychiatrique dont ils dépendent,
 - des affections du système nerveux, de l'appareil locomoteur, de troubles métaboliques et nutritionnels, d'affections (SSR)
- **Favoriser l'accès à la citoyenneté et à l'ensemble des droits** attachés aux patients pour leur permettre de pouvoir s'insérer dans la société ; en les accompagnants dans un parcours de soins qui intègre les contraintes liées à la maladie ou au handicap
- **Participer à la recherche clinique et épidémiologique** sur les troubles de l'adolescent et du jeune adulte en partenariat avec les universités et les instituts de rec

BILAN DU PRECEDENT PROJET D'ETABLISSEMENT

Cette partie vise à donner un aperçu succinct des mises en œuvre effectives ou au contraire des difficultés et obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du projet précédent.

A noter que la quasi-totalité des objectifs ont été totalement ou partiellement atteints, traduisant le dynamisme de l'institution et la continuité dans les engagements pris.

Thématique	Axes et objectifs	Niveau de réalisation	Notes
Gouvernance :	Mise en place d'une coopération étroite entre directeur et coordinateur médical pour éviter le clivage	Objectif atteint	Dispositif pérenne
	Place renforcée des médecins-chefs	Objectif atteint	
	Instances règlementaires et spécifiques pour assurer concertation et collégialité	Objectif atteint	Dispositif pérenne
	Création d'un collège des psychologues	Existant mais peu actif	A renforcer dans le cadre du texte fondateur
	Création d'une commission des soins	Existante mais peu active	
Projet médical :	Extension et amélioration du réseau	Inscription active dans le réseau de proximité et d'adresseurs mais absence de formalisation conventionnelle	Conventions prévues dans le CPOM 2018 (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens)
	Activité scientifique	Une recherche soins-études en cours, une recherche sur le centre de psychanalyse, des EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) dans le cadre du projet qualité	Arrivée d'une PU-PH (professeur des universités - praticien hospitalier) à la FSEF (Fondation Santé des Etudiants de France) en 2017
	Activité de formation	Développement de formations collectives de soutien au travail soignant	
	Préserver la qualité des prises en charge au long cours	Création de la classe de 2 nd e Création d'un parcours de soin entre Relais/ CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) et HdJ (Hôpital de Jour) Suppression d'une prise en charge séquentielle d'entrée/sortie par manque de financement	
	Extension d'un service d'hospitalisation temps complet	Objectif atteint	Transformation d'une unité de 15 lits en service de 22 lits
	Elargir le domaine d'action du Relais	Objectif atteint	Renforcement de l'équipe et des activités 2153 actes en 2008 contre 4287 actes en 2017

Thématique	Axes et objectifs	Niveau de réalisation	Notes
	Création d'un service de psychothérapie	Objectif atteint	1779 actes en 2017
	Atteindre un meilleur taux d'activité	Progression constante	L'HTC S/E (Hôpital Temps Complet Soins-Etude) est passée de 19 299 j. et 53% en 2008 à 24 005 j et 60% d'activité en 2017
<u>Prise en charge du patient :</u>	Dossier patient	Objectif partiellement atteint	Dossier patient uniformisé et partagé Retards persistants sur la production des CR (Compte-rendu)
	Informatisation des dossiers et codage PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)	Objectif partiellement atteint	Informatisation quasi intégrale en hospitalisation. Codage PMSI exhaustif Informatisation à mettre en place en ambulatoire
	Indicateurs de santé	Objectif partiellement atteint	Révision prévue en 2018 sous l'égide de la direction générale
	Comité de lutte contre la douleur (CLUD)	Objectif partiellement atteint	CLUD actif Référénts dans les unités Audits patients mais résultats mitigés
	Droit et information du patient	Objectif atteint	CDU (Commission des Usagers) active Traitement actif des réclamations Audits et bons résultats
	Ethique	Objectif non atteint	Pas de commission éthique Mais les enquêtes patients et CDU ne mettent pas en exergue de difficulté particulière
	Maitrise du circuit du médicament	Objectif atteint	Circuit informatisé et sécurisé
<u>Projet de soins :</u>	Formation des professionnels	Objectif atteint	Nombreux stagiaires et formations collectives
	Dynamique de l'encadrement soignant	Objectif partiellement atteint	Promotion interne et dynamique interne, mais outils et soutien à développer

Thématique	Axes et objectifs	Niveau de réalisation	Notes
	Adaptation des plannings	Objectif non atteint	Une analyse globale d'efficience sur les plannings est à réaliser même si au quotidien la gestion est rigoureuse
	Droit et confort de la personne soignée	Objectif atteint	Enquête satisfaction très satisfaisante Lieux d'expression dense
	Organisation de la prise en charge globale	Objectif atteint	Documents prévus mis en place et groupe bientraitance actif
	Renforcer la tenue du dossier patient	Objectif partiellement atteint	Implication renforcée de tous les acteurs du soin
	Démarche qualité, évaluation et prévention des risques	Objectif atteint	Certification A Qualité/GdR (Gestion des Risques) intégrée comme un outil quotidien
Projet pédagogique :	Actualisation des processus et plus grande souplesse	Non évaluable	La situation particulièrement tendue des études sur les années 2016-2017 et 2017-2018 rend le bilan difficile
	Amélioration de l'efficacité du partenariat soins-études		
	Temps de réflexion soins-études		
	Diversification des prises en charge		
	Travail de réseau élargi		
Projet social :	Plan de recrutement et de fidélisation des personnels	Objectif atteint	Accueil de stagiaires, parrainage et promotion interne actifs
	Impliquer les personnels dans la démarche stratégique	Objectif atteint	Renforcement des outils de communication et implication renforcée des personnels sur les sujets stratégiques récents (activité hospitalière, PE, pilotage économique)
	Formation interne comme outil de qualité des soins	Objectif partiellement atteint	Formations collectives aux soins en psychiatrie renforcées, et tutorat. Mais ces dispositifs vont être révisés
	Gérer l'effectif de façon dynamique	Objectif partiellement atteint	Masse salariale parfaitement maîtrisée, effets GVT et Noria satisfaisants Logiciel de gestion du temps existant mais insatisfaisant. Intervention curative prévue par le siège.

Thématique	Axes et objectifs	Niveau de réalisation	Notes
	Prévenir la souffrance au travail	Objectif partiellement atteint	Amélioration des dispositifs et des accompagnements Formation mise en place pour tous les personnels Reste à formaliser des procédures d'intervention
	Maintenir la satisfaction des personnels au travail	Objectif partiellement atteint	Enquête qualité régulière mais pas annuelle, plans d'actions mis en œuvre mesures d'attractivité très limitées compte tenu de la pression économique
	Structurer la politique d'intégration des personnels	Objectif atteint	Procédure de recrutement et d'intégration effective pour les catégories majeures. Déploiement en cours sur toutes les catégories.
Projet technique et logistique :	Garantir une restauration de qualité	Objectif atteint	Restauration de grande qualité pour les patients et les personnels
	Améliorer la convivialité de la salle à manger	Objectif atteint	Travaux réalisés
	Pérennité de la cuisine centrale par la maîtrise des coûts	Objectif atteint	Coûts en baisse dans le cadre d'une internalisation, toujours élevés par rapport aux moyennes du secteur, mais cela correspond à un choix de gestion
	Améliorer la maintenance curative et préventive	Objectif atteint	Outils de gestion de la maintenance modernisés
	Maintenir un bon niveau de confort, d'hygiène et de sécurité des bâtiments	Objectif atteint	Efforts très significatifs en maintenance et sécurité. Résultats satisfaisants
	Qualité de confort pour les locaux patients	Objectif atteint	Programme important de rénovation des chambres, salons et sanitaires
	Bonne exigence en matière de prestation hôtelière	Objectif atteint	Renouvellement des mobiliers et du linge
	Développement durable	Objectif atteint	Tri sélectif, modification des éclairages, maîtrise des températures, diagnostic énergétique

Thématique	Axes et objectifs	Niveau de réalisation	Notes
Projet architectural :	Restructurer le Relais et le CATT	Objectif atteint	Locaux complètement reconstruits
	Améliorer les locaux transversaux du site Roosevelt	Objectif non atteint	Cafétéria, ergothérapie... Projet reporté, manque de financement et travaux PMR (personne à mobilité réduite) ont été prioritaires
	Réaménager le « fond de cour » de Clérambault	Objectif atteint	Locaux complètement reconstruits
Projet qualité et gestion des risques :	Dynamique collective de groupe et non pas une gestion de la qualité confiée à un gestionnaire unique	Objectif atteint	Démarche très collective, instances opérationnelles
	Outils simples utilisables par tous	Objectif atteint	Outils diffusés et utilisés
	Déploiement informatique d'un système documentaire qualité et FSEI (Fiche de Signalement des Evénements Indésirables)	Objectif atteint	Logiciel opérationnel et largement utilisé
	Répondre et suivre les conclusions des certifications HAS (Haute Autorité de Santé) ainsi que celles des contrôles réglementés externes	Objectif atteint	Certification 2015 obtenue en A Comptes qualité intermédiaires sans réserves
	Structurer et pérenniser la culture Qualité et Gestion des Risques à l'échelle de la clinique et des services	Objectif atteint	La qualité - GdR est devenue un outil de management au quotidien
	Renforcer la satisfaction des patients usagers par leur écoute et leur expression	Objectif atteint	Enquêtes de satisfaction régulières, lieux d'échanges opérationnels, résultats satisfaisants
	Optimiser la sécurisation et le fonctionnement des prises en charge au sein des services	Objectif atteint	Mise en place régulière d'audits, de plans d'actions et de comité retour d'expérience (CREX)
	Déployer les approches et démarches d'évaluation interne	Objectif atteint	Audit interne largement développé dans tous les secteurs
Projet de gestion :	Retrouver et préserver l'équilibre financier	Objectif atteint	Résultat systématiquement positif sur toute la période malgré la pression économique croissante
	Garantir la capacité d'investissement	Objectif atteint	Capacité d'investissement accrue sur la période

Thématique	Axes et objectifs	Niveau de réalisation	Notes
	Maintenir les efforts de sécurité	Objectif atteint	Efforts financiers et humains et financiers, résultats satisfaisants
	Améliorer les outils de gestion	Objectif atteint	Méthodologie du retraitement comptable (RTC) acquise, contrôle interne, pilotage opérationnel
	Recherche de mode de financement diversifié	Objectif partiellement atteint	Mécénat et dons significatifs, mais le niveau reste limité par rapports aux besoins
<u>Projet système d'information :</u>	Financer un bon niveau de sécurité pour informatique et téléphonie	Objectif atteint	Efforts significatifs du siège, aucun dysfonctionnement significatif constaté
	Maintenir système de communication interne et externe	Objectif partiellement atteint	Messageries, Internet et base documentaire de qualité Intranet à développer
	Développer un SIH (Système d'Information Hospitalier) partagé et fonctionnel	Objectif atteint	Dossier patient et circuit du médicament informatisé
	SI des activités supports	Objectif atteint	Logiciels déployés
	Mutualiser les ressources humaines informatiques	Objectif atteint	Mutualisation / synergie avec les ressources du siège et les correspondants des autres établissements
<u>Lutte contre les infections nosocomiales :</u>	Score infections nosocomiales (ICALIN) niveau B	Objectif atteint	Score dépassé (A) Manuels et protocoles opérationnels

DIAGNOSTIC STRATEGIQUE ET TERRITORIALITE

A. DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

La clinique Dupré est un établissement non sectorisé à vocation régionale pour la partie hospitalisation, mais très inscrit dans des filières identifiées. L'activité ambulatoire est naturellement plus centrée sur le bassin local, et dispose également d'un réseau d'adressage et d'aval clairement identifié. Cette inscription locale et régionale doit être préservée et approfondie, en tenant compte des priorités de l'ARS (Agence Régionale de Santé) en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales.

L'inscription dans le réseau doit également être travaillée sous l'angle d'une fluidité des parcours et des prises en charge par le partage des éléments de la prise en charge avec les professionnels d'amont et d'aval.

Dupré confirme sa place locale de référent en matière de psychiatrie des adolescents par des actions locales de prévention ou d'expertise, et ses liens fonctionnels forts avec l'hôpital de secteur Erasme.

Ces aspects se retrouvent dans le CPOM que la direction générale de la FSEF négocie avec l'Agence.

Ils auront également vocation à être travaillés dans le cadre d'une convention avec le Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) de secteur ou d'une éventuelle CPT (Communauté Psychiatrique de Territoire), mais la visibilité est actuellement encore trop limitée pour être traitée dans ce projet d'établissement.

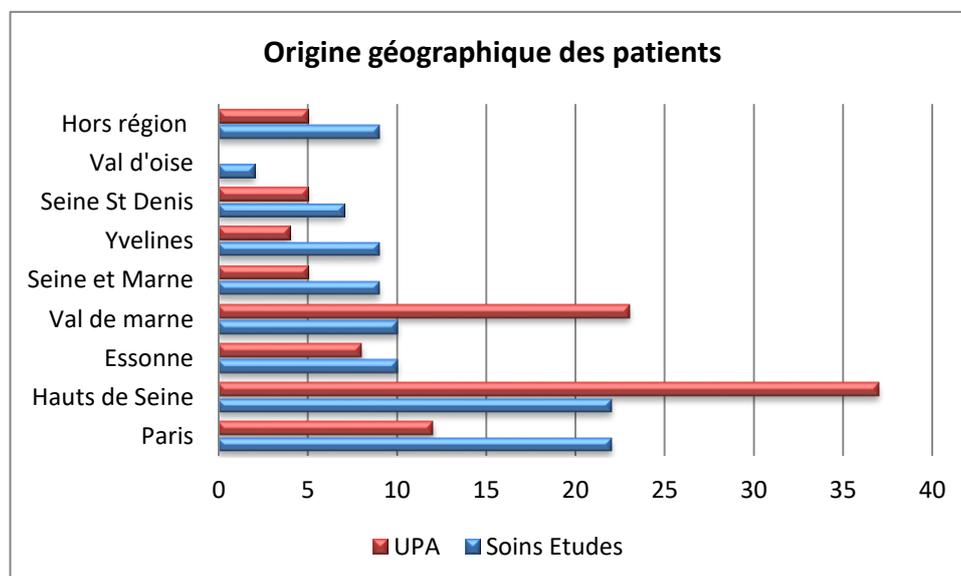
Dupré s'inscrit naturellement dans les travaux du Projet Territorial de Santé Mentale qui débutent en septembre 2018 sous l'égide de l'ARS.

B. MISE EN ŒUVRE

Inscription locale et régionale / réduction des inégalités sociales et territoriales

Les unités d'hospitalisation à temps complet soins et études ont accueilli en 2017 des patients en provenance de toute la région : 91 % de franciliens et 9 % hors région.

L'UPA (unité de post aigue) s'inscrit de façon quasi exclusive dans le réseau local et régionale, 94 % des recrutements sont franciliens et 6% hors région.



Le Relais, plus importante des activités ambulatoires avec près de 4300 actes en 2017, a une activité plus locale mais la provenance des patients traduit bien l'importance des communes plutôt défavorisées dans la population accueillie.

Départements	Nb	%	Détail Hauts de seine	Nb	%
Paris	9	1	Antony	85	16,9%
Seine et Marne	5	0.7	Bagneux	41	8,1%
Yvelines	13	2	Boulogne Billancourt	4	0,8%
Essonne	100	14	Bourg la Reine	45	8,9%
Hauts de seine	504	72	Châtenay Malabry	59	11,7%
Seine Saint Denis	1	0.1	Chatillon	37	7,3%
Val de marne	65	9	Chaville	1	0,2%
Val d'Oise	1	0.1	Clamart	23	4,6%
Autre (provinces)	3	0.4	Courbevoie	2	0,4%
DOM TOM	1	0.1	Fontenay aux Roses	33	6,5%
Total	703	100	Issy les Moulinaux	3	0,6%
			Le Plessis Robinson	69	13,7%
			Malakoff	4	0,8%
			Meudon	2	0,4%
			Montrouge	18	3,6%
			Puteaux	2	0,4%
			Sceaux	73	14,5%
			Suresnes	1	0,2%
			Vanves	1	0,2%
			Villeneuve la Garenne	1	0,2%
			Total	504	100%

Dans le cadre de son projet d'établissement, Dupré veillera au travers de l'attractivité géographique à bien participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales. Cela se traduira également dans les actions de prévention / formation qui ont vocation à être développées dans le cadre du service d'addictologie.

Conventionnement et partage des éléments de la prise en charge avec les professionnels d'amont et d'aval

Dupré se situe résolument en aval des grands services hospitalo-universitaires de psychiatrie de l'adolescent. La maison des adolescents à Cochin, le service de l'Institut Mutualiste Montsouris, le service de la Pitié-Salpêtrière, mais aussi les services de l'ASM 13, l'hôpital de secteur Erasme, etc. qui nous adressent régulièrement des patients. Les liens avec les adresseurs locaux sont également denses. La Clinique Dupré s'inscrit donc dans une logique de complémentarité avec l'offre de soins régionale et sectorielle.

Ce travail en réseau permet d'organiser chaque année des synthèses cliniques générales, qui sont importantes pour assurer des parcours patients fluides et cohérents. L'attractivité régionale de ces services de référence permet aussi de ne pas aller à l'encontre de notre participation à la réduction des inégalités.

Le travail de réseau local est dense et régulier mais pour autant non formalisé au travers de conventions. Dans le cadre de ce projet et du CPOM en cours de préparation, Dupré devra renforcer le conventionnement avec les acteurs locaux, au premier titre duquel figurent les maisons des adolescents avec lesquelles nous partageons des territoires.

Un recensement des activités externes, de type soutien à la communauté externe ou synthèses cliniques incluant des professionnels externes, est en place depuis le CPOM 2014. Ce recensement sera poursuivi et l'activité maintenue.

Rôle de référent local en matière de psychiatrie des adolescents

Les liens avec la municipalité de Sceaux sont anciens et se renforcent au fil des ans.

Dupré s'associe aux événements scénés, que ce soit :

- ✓ Dans le secteur de l'action familiale et pour la jeunesse, avec une participation aux événements organisés comme les conférences Focus Jeunes, une convention dans le cadre des actions de prévention notamment sur le quartier des Blagis permettant à l'équipe du relais, et en particulier au Dr Pinel, d'intervenir en supervision d'équipe ou en soutien clinique sur des situations complexes.
- ✓ Dans le secteur de l'action sociale et de la santé, avec la participation au Conseil local santé mentale, à des journées thématiques pour les professionnels du réseau, par l'organisation de conférences de sensibilisation.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Inscription locale et régionale / réduction des inégalités sociales et territoriales :
 - recensement des origines géographiques des patients pour mettre en exergue l'ouverture sur des territoires variés et notamment,
- ✓ Recensement des actions en faveur de la communauté avec un seuil minimal de 100 actions annuelles,
- ✓ Conventionnement avec les maisons des adolescents dans le cadre des actions du CPOM.
- ✓ Inscription dans les travaux du Projet territorial de santé mentale

La gouvernance de la clinique Dupré s'inscrit dans le cadre de la gouvernance de la Fondation Santé des Etudiants de France, reconnue d'utilité publique.

La direction générale, sous l'impulsion du nouveau directeur général, fait l'objet d'une structuration renforcée afin de remplir pleinement sa fonction de pilote stratégique et opérationnel.

Siègent au Conseil d'administration des représentants des ministères, des fondateurs (syndicats étudiants, lycéens et mutuelles étudiantes) des personnels et des personnalités qualifiées.

A. AXE STRATEGIQUE DE LA GOUVERNANCE

La clinique Dupré a développé depuis 2008 une gouvernance interne visant à permettre une véritable concertation entre la direction, le corps médical et les cadres de santé ou administratifs. L'existence d'un coordinateur médical, aux côtés du directeur, comme membre à part entière de la direction, et pas seulement comme président de la CME (Commission Médicale d'Etablissement), est un élément important de cette politique.

Le clivage entre la partie administrative et la partie médicale, dans les établissements où il se développe, est un frein majeur à la modernisation.

De plus, dans les institutions recevant des adolescents, les effets miroirs sont fréquents et la gouvernance doit donc être assez solide pour éviter ces phénomènes. La perméabilité effective entre les contraintes et attentes médicales et administratives permet de gommer les motifs habituels de l'affrontement entre secteurs pour y substituer une véritable collaboration. De plus, cette gouvernance permet à l'établissement d'être bien unitaire dans ses référentiels de pratiques, malgré des organisations et des prises en charge variées. La classique tendance centrifuge est ainsi gommée autant que possible.

Cette gouvernance est portée de façon constante par le même directeur depuis 2004 et les deux coordinateurs médicaux successifs, favorisant la continuité de ce modèle. La gouvernance de Dupré présente des originalités et une antériorité, pour autant elle correspond bien à l'esprit de la Loi HPST : Hôpital Patients Santé et Territoire (mise en place de directoire avec rôle médical, rôle des chefs de pôle...).

Enfin elle s'inscrit déjà pleinement dans la gouvernance médico-soignante, actuellement en cours de structuration dans le cadre du projet stratégique de la FSEF, qui vise à reconnaître une fonction de coordination médicale (place au Codir, lien avec la CME) pour l'ensemble des établissements.

B. MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de cette gouvernance repose sur les points suivants :

- ✓ Concertation étroite entre direction et corps médical d'une part et entre praticiens et cadres de santé d'autre part
 - La concertation régulière entre le directeur, le coordinateur médical et le cadre supérieur de santé, est complétée par un espace de travail hebdomadaire institué avec les médecins-chefs. Doté d'une organisation établie (horaire hebdomadaire, ordre du jour, compte-rendu) et confidentiel, cet espace permet de préparer la plupart des points stratégiques ou organisationnels et de trouver des réponses communes aux difficultés qui se posent. La fréquence de l'échange favorise la fluidité et les repères communs.

- Par ailleurs une réunion institutionnelle réunit chaque semaine les médecins et les cadres de santé. Des éléments organisationnels et cliniques peuvent être travaillés. Là aussi la régularité de l'instance permet de confronter les points de vue et d'élaborer des positions communes et cohérentes.
- ✓ Collégialité du corps médical et attribution de dossiers transversaux à tous les praticiens pour assurer une meilleure cohésion institutionnelle :
 - Sous l'impulsion du coordinateur médical, les praticiens sont invités à travailler dans une collégialité permettant d'assurer d'une part, une meilleure sécurisation des prises en charge, mais aussi des conditions de travail plus satisfaisantes car l'isolement est nettement limité. De plus, chaque praticien est référent d'un dossier transversal (par exemple dossier patient, PMSI, bientraitance, douleur, etc.) permettant d'assurer une meilleure cohésion de la politique institutionnelle et un plus grand engagement de tous dans cette politique.
- ✓ Médecins-chefs positionnés comme des responsables de services, managers et formateurs autant que comme cliniciens :
 - Les médecins-chefs sont positionnés à la fois comme des cliniciens, ce qui reste leur première activité, mais aussi comme des formateurs pour les 6 postes d'internes, et comme des managers et gestionnaires de leurs services en association étroite avec les cadres de santé. Cette implication forte du médecin dans les actes de gestion est un élément fondamental de cohésion et de responsabilisation de cette fonction.
- ✓ Médecins-adjoints dont la place est à préciser :
 - Dans le cadre de la mission RH conduite à l'automne 2018 il est apparu que l'ensemble des médecins-adjoints souhaitent voir leur place institutionnelle mieux précisée. Ils devront être dotés d'une fiche de poste, à l'instar de ce qui a été fait pour les médecins-chefs.
- ✓ Renforcement du binôme médecin-cadre à la tête des services :
 - Les rôles respectifs des médecins et cadres sont précisés dans des fiches de poste révisées en 2017 assurant une répartition des rôles et promouvant une concertation très étroite.
- ✓ Instances de concertation avec les personnels investis par la direction :
 - La direction, outre la présence réglementaire dans les instances des représentants du personnel, organise des concertations / informations sur les sujets stratégiques afin que les personnels puissent être associés et puissent bien connaître les enjeux en cours. Ainsi en 2017/2018 les réorganisations autour de l'activité hospitalière, la préparation du projet d'établissement, les travaux et le pilotage économique ont fait l'objet de séances de travail nombreuses et largement ouvertes (assemblées générales).
- ✓ Politique qualité et gestion des risques associant largement tous les personnels :
 - La politique qualité / gestion des risques est désormais conçue comme une pratique habituelle de soutien de la politique de prise en charge des patients et du management. Des audits qualités sont menés annuellement dans chaque secteur, de nombreux référents sont déployés, et les FSEI sont très utilisées et encadrées par une charte de fonctionnement permettant de pratiquer « l'erreur apprenante ».
 - L'implication, ponctuelle mais régulière, de la responsable qualité dans les instances Codir (Comité de Direction), CME et réunion institutionnelle permet d'assurer un partage par tous de cette politique qualité. Enfin la direction s'implique directement pour garantir à cette fonction toute sa légitimité.

- ✓ Fonctionnement régulier des Instances classiques (Codir, CME, IRP...) :
 - Cette gouvernance laisse également leur place naturelle aux instances institutionnelles et IRP (Instances Représentatives du Personnel) qui fonctionnent selon les réglementations ou usages habituels dans le secteur hospitalier.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Conservation des éléments essentiels et ajustement liés aux travaux FSEF. La gouvernance décrite ci-dessus est arrivée à un point de maturité, et à un équilibre plutôt satisfaisant, nous permettant de vouloir pérenniser l'existant. Cet existant devra être affiné pour être en cohésion complète avec les évolutions médico-soignantes actuellement en cours de structuration au siège.
- ✓ Réflexion sur la mise en œuvre effective de cette gouvernance, pour dégager des points d'amélioration, suite à la mission d'accompagnement RH menée en 2018 (partage de la stratégie, lettres de mission V2, gestion des réunions, mise en œuvre pleinement effective des fiches de poste, évaluation des charges de travail ...).
- ✓ Renforcement de la concertation permanente entre directeur, coordinateur médical et cadre supérieur de santé
Les lieux de concertation existent mais devront être investis de façon encore plus utile.
- ✓ Mise en place de tableaux d'indicateurs par service permettant au binôme médecin-chef-cadre d'avoir une vision régulière et chiffrée de tous les aspects de leur service, dans le cadre du dialogue de gestion interne avec le directeur, coordinateur médical et le cadre supérieur de santé.

LE PROJET MEDICAL ET DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

INTRODUCTION DU PROJET MEDICAL

La période de l'adolescence et de l'entrée dans l'âge adulte, second temps du développement psycho-sexuel humain, est un moment fondamental dans la construction de l'individu, de sa personnalité et de son devenir sujet. Nous insistons sur l'aspect processuel de cette construction et sur son potentiel de déstabilisation de la personnalité. En effet, les bouleversements corporels et psychiques sont susceptibles d'entraîner des désorganisations somatiques et psychiques graves et durables.

En conséquence, le soin psychiatrique de l'adolescent est très spécifique. Nos patients présentent des pathologies psychiatriques émergentes graves : des schizophrénies, des troubles de l'humeur, des personnalités limites, des troubles du comportement alimentaire, etc.

Nous proposons des prises en charge permettant d'associer des soins institutionnels psychiatriques prolongés avec la poursuite ou la reprise des études.

Notre projet soins études a aussi l'ambition d'utiliser l'articulation des soins et des études comme un levier essentiel du traitement institutionnel, médical et psychologique à visée psychothérapeutique.

Les études peuvent servir le soin par leurs effets directs sur le fonctionnement cognitif du patient et leurs approches renarcissisantes.

La présence de la scolarité dans notre institution facilite l'accès aux soins et en même temps nous offre la possibilité de travailler sur le déni de la maladie très fréquent dans les pathologies de nos patients. Elle permet également aux jeunes de se situer dans ce qui constitue la normalité de cette tranche d'âge en termes d'intégration au groupe des pairs.

Nous avons mis en place des modalités diverses de prises en charge pour faire face à la multitude des psychopathologies ; hospitalisation temps plein, hospitalisation partielle ou séquentielle, référence psychiatrique extérieure, externalisation des psychothérapies individuelles et familiales.

Nos soins sont basés sur la thérapie par l'environnement qui prévoit une individualisation du soin, des entretiens médicaux et/ou soignants individuels, des médiations thérapeutiques et un travail avec les familles.

Les forts remaniements psychocorporels ancrés dans le processus d'autonomisation et d'individualisation nécessitent de s'inscrire dans la durée et le jeune a besoin d'éprouver au sein de son environnement institutionnel, social et familial les effets du soin et les compétences qu'il acquiert ou développe lors de notre prise en charge.

Dans la mesure où la durée moyenne d'hospitalisation est longue, nous devons d'emblée être attentifs au risque de dépendance iatrogène et aux conséquences de passage à l'acte, surtout suicidaire. Le lien avec la famille et l'extérieur est indispensable dans ce contexte. Cela nous permet également d'évaluer l'évolution des interactions du jeune hors du milieu hospitalier parfois trop protecteur.

Pour cette raison, la majorité de nos patients passent les week-ends et une partie des vacances scolaires à leur domicile familial, tandis que d'autres restent dans l'institution avec un projet médical spécifique sur l'autonomie. Ce sont les week-ends thérapeutiques.

Cette thérapie par l'environnement permet une mise en route voire une remise en route des mouvements psychiques et physiques propres à l'adolescence.

Ainsi, l'institution, pour être thérapeutique, va devoir s'instaurer comme objet externe, métaphore de cette réalité, et construire son modèle de fonctionnement au plus près de ce qui vient à faire défaut, à la psyché de ces patients, à cet instant de la vie.

CHAPITRE 1 : UNICITE ET HARMONISATION DES PRATIQUES ET DEVELOPPEMENT D'ACTIVITES TRANSVERSES ET PÔLES EXPERTS

La clinique Dupré s'est engagée depuis de nombreuses années dans une démarche d'harmonisation des pratiques professionnelles qui vise à créer un socle commun tout en préservant la capacité de créativité développée par les différentes équipes.

Depuis 2017 la direction générale a impulsé une politique d'harmonisation des pratiques (admission, évaluation de la pertinence des hospitalisations...) qui s'inscrit dans la même logique. Il s'agit d'une évolution récente qui a vocation à s'amplifier dans le cadre de ce projet d'établissement, et à se déployer sur des outils pratiques (vadémécum des soins, des secrétaires ...).

Par ailleurs et de façon complémentaire, nous souhaitons développer des expertises portées par les différents praticiens et soignants afin d'enrichir le soins-études et de permettre de s'approprier les innovations de l'environnement psychiatrique.

<p>Service UPA</p> <p>Hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement quotidien • Traitements • Entretiens médicaux et/ou soignants • Entretiens familiaux • Médiations et activités thérapeutiques • Surveillance et cadre institutionnel 	<p>Services S/E CLERAMBAULT BELLECHASSE GINKGO BILOBA HOPITAL DE JOUR</p> <p>Hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement quotidien • Traitements • Entretiens médicaux et/ou soignants • Entretiens familiaux • Médiations et activités thérapeutiques • Surveillance et cadre institutionnel 	<p>Relais CATT</p> <p>Ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation • Evaluation • Orientation • Pôle ressources professionnelles • Médiations et activités thérapeutiques 	<p>Centre de psychanalyse</p> <p>Ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thérapies individuelles • Psychodrame individuel et d'évaluation 	<p>Addicto</p> <p>Ambulatoire / hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thérapies individuelles et familiales <p>A venir : hospitalisation</p>
--	---	---	--	---

Séminaire et réunions institutionnelles de coordination

Pôle insertion / médiations transversales

Développement de pôles d'expertise avec possible mutualisation

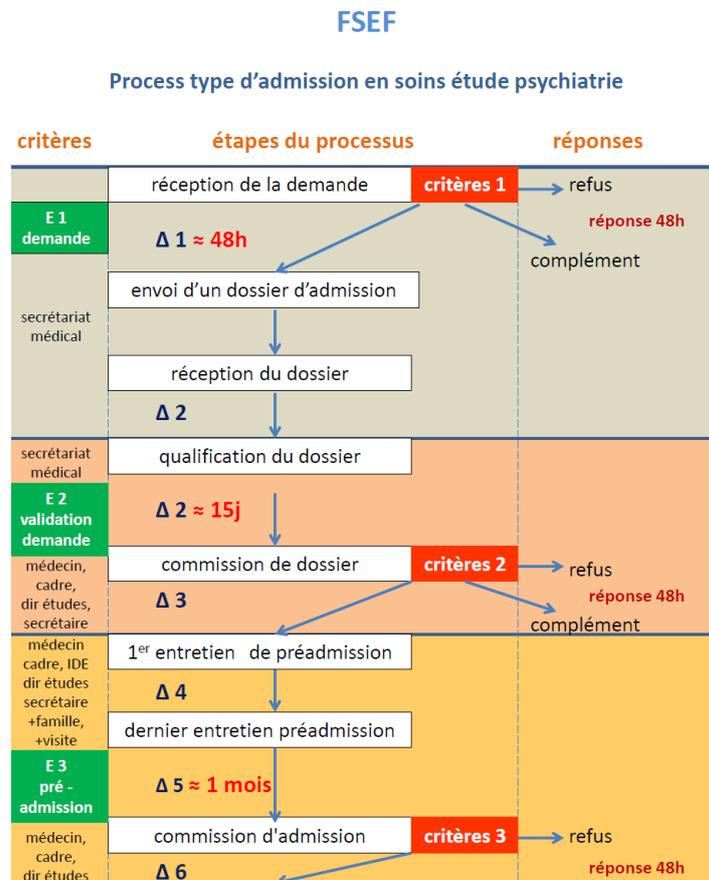
Ergothérapie	Psychomotricité	Remédiation cognitive	Education Thérapeutique du patient	Addicto Liaison Prévention Formation	Pôle projet d'insertion Professionnelle: MOIP Atelier entreprise Stages	Psychodrame
--------------	-----------------	-----------------------	------------------------------------	---	--	-------------

I. DE LA PREADMISSION AU PROJET INDIVIDUALISE

A. AXE STRATEGIQUE

Toujours en quête d'améliorer la qualité du projet d'accompagnement personnalisé du patient, il apparait nécessaire de faire évoluer notre processus de pré-admission et d'admission pour arriver à une évaluation pertinente et efficace.

La création d'un processus commun avec les différents établissements psychiatriques de la Fondation Santé des Etudiants de France à partir d'indicateurs spécifiques s'avère donc fondamentale pour accélérer les délais de réponse donnée au jeune et à sa famille.



B. MISE EN OEUVRE

Même si préadmission et admission restent des termes administratifs, ces temps de rencontre avec le patient et sa famille sont essentiels à la co-construction du projet soins-études individualisé et donnent sens à une notion beaucoup plus humaine qui est la notion d'accueil.

→ PRE-ADMISSION

« **Accueillir** » vient du latin « **accolligere** » qui veut dire « **rassembler** », issu de la jonction de deux mots, « **ad** »: vers et « **colligere** » : cueillir.

Ces premières rencontres vont donc permettre pour le patient et son entourage de recueillir les informations afin de découvrir la Clinique, l'offre de soins qu'elle propose comme la co-ordonnance soins-études, la référence soignante, les médiations, les weekends thérapeutiques et pour l'équipe soignante d'évaluer l'adéquation des besoins du patient avec le dispositif d'accompagnement.

C'est dans cet espace que chacun exprime ses attentes, échange et partage autour d'un projet commun d'admission.

Le psychiatre rencontre donc, avec au moins un soignant de l'équipe, le patient et sa famille. L'entretien se déroule en deux temps : le patient est reçu avec ses parents, puis seul (ou inversement). Cette scansion est sous-tendue par le travail à venir qui s'effectuera avec la famille et envoie le message suivant : quel que soit le niveau de tension, de haine, de conflit ou de dépendance qui peut exister dans la famille, c'est par le biais d'une réappropriation de l'échange entre les différents membres de la famille que la sortie pourra se faire. Des rencontres régulières à venir avec la famille sont annoncées.

L'entretien de pré-admission a également pour objet de présenter concrètement la vie à venir dans le service, donner des explications sur la co-ordonnance soins-études, la référence soignante, les médiations, les week-ends thérapeutiques ainsi que la spécificité de la prise en charge en soins études en milieu ouvert.

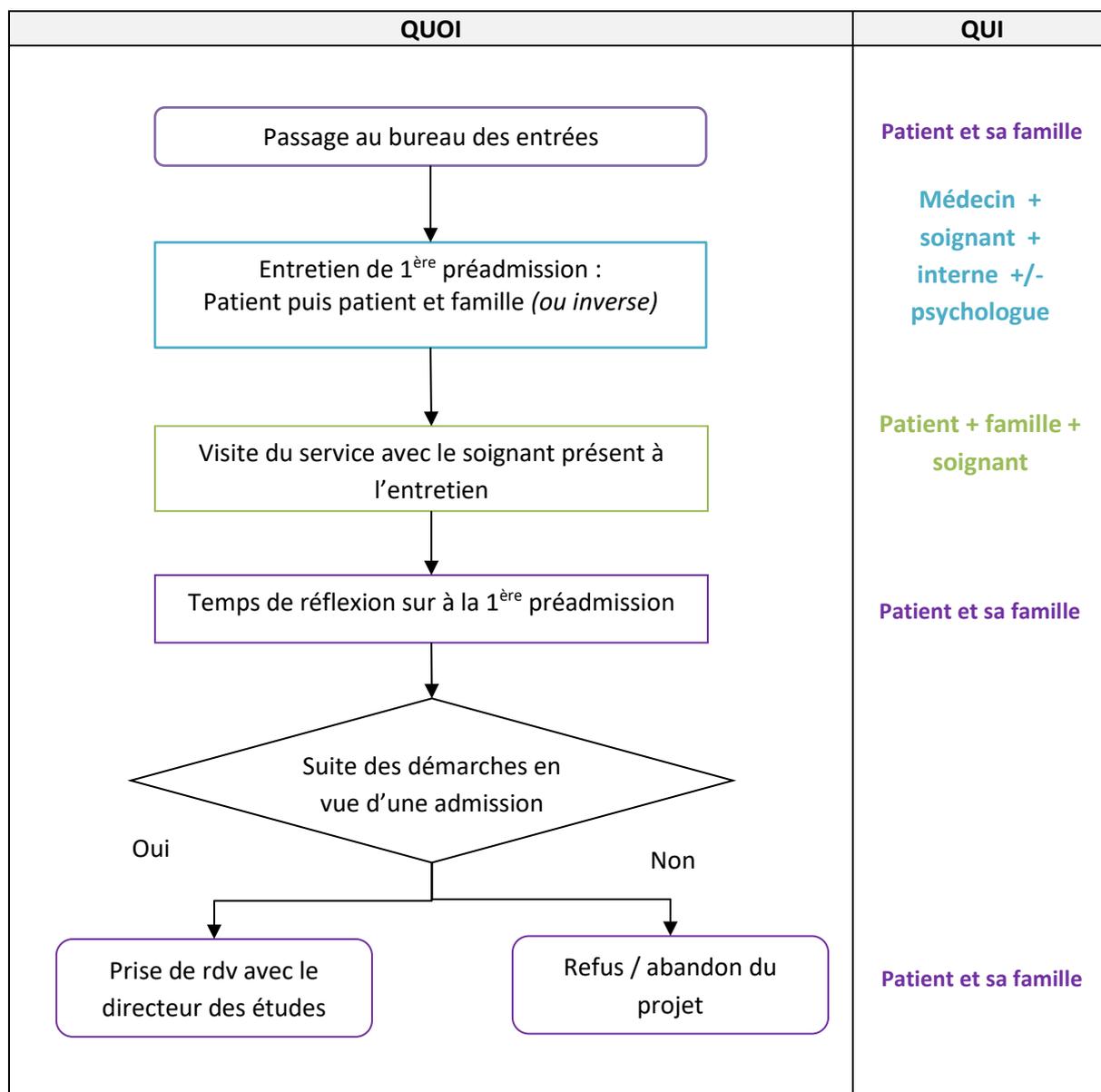
Le livret d'accueil et le règlement intérieur de l'établissement sont d'ailleurs remis au patient et à sa famille lors des entretiens de pré-admission.

La nécessité de maintenir le lien avec le psychiatre extérieur est rappelée de façon systématique.

Les modalités de scolarité aménagée qui seront entreprises sont explicitées, tant dans le déroulement du quotidien du patient que dans les liens entre les équipes pédagogiques et les équipes psychiatriques. Par ailleurs, une rencontre avec la Directrice des Etudes est organisée de façon systématique après le premier rendez-vous de préadmission, sauf contre-indication en fonction de l'état de santé du patient.

Plusieurs entretiens de préadmission sont généralement nécessaires à l'admission. Ils permettent un premier cheminement de la demande du patient, un début d'élaboration du projet. Le psychiatre se réfère explicitement à la lettre de motivation émanant du patient qui est demandée de façon systématique dans le dossier de demande d'hospitalisation. Dans ce sens, il semble important de mentionner, dès les préadmissions, que la préparation d'un projet de sortie est l'un des objectifs de l'hospitalisation. Il est rappelé qu'une prise en charge soins-études nécessite une certaine alliance avec les parents en mettant également en avant les limites de notre prise en charge. Lors de cet entretien de pré-admission est également évalué l'état somatique du patient (évaluation de la douleur, risques métaboliques, antécédents allergiques, etc.).

RENDEZ-VOUS 1^{ère} PREADMISSION



OBJECTIFS :

- ✓ Evaluation de la motivation, de la demande, de la faisabilité.
- ✓ Attentes du patient.
- ✓ Présentation et informations sur :
 - le règlement intérieur (Remise du livret d'accueil),
 - la période d'évaluation,
 - la co-ordonnance soins-études,
 - la référence soignante,
 - les activités et les week-ends thérapeutiques.
- ✓ Evaluation somatique.
- ✓ Remise du livret d'accueil au patient et sa famille.

RENDEZ-VOUS 2^{ème} PREAMISSION

QUOI	QUI
<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Entretien de 2^{ème} préadmission patient et sa famille</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Mise sur liste d'attente</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;">Choix de la date d'entrée (<i>appel de la secrétaire pour définir une date avec les deux parents (même si séparés), si le patient est mineur et au moins un des deux si le patient est majeur</i>)</div> </div>	<p style="color: #00AEEF;">Médecin + soignant + interne +/- psychologue</p> <p style="color: #FF8C00;">Secrétaire médicale du service</p>

OBJECTIFS :

- ✓ Bilan sur le temps de réflexion.
- ✓ Si la demande est appropriée, remise du livret d'accueil (si pas donné lors du 1^{er} entretien de préadmission).
- ✓ Nouveau temps de réflexion.
- ✓ Possibilité d'une 3^{ème} Préadmission.

→ ADMISSION

L'accueil à l'admission et dans les semaines qui suivent est un moment clé de l'hospitalisation.

Le patient a besoin de repères fiables et stables d'où le rôle important du référent dans cette phase d'hospitalisation.

Pendant cette période, « *accueillir* » renvoie à la notion de présence, d'accompagnement et d'observation active et passive.

- ✓ Présence physique et disponibilité psychique pour favoriser la rencontre avec le patient.
- ✓ Accompagnement et engagement de l'équipe à mettre en place autour du patient et de son entourage un espace suffisant contenant, tant physiquement que psychiquement en lien avec la « **fonction phorique** », dont parle Pierre Delion, psychanalyste, ou le « **holding** » de **Winnicott**, psychiatre, psychanalyste, pour favoriser une prise de repères.
- ✓ Observation active en participant avec le patient aux moments de la vie quotidienne, à des activités thérapeutiques et une observation passive en étant témoin de ses interactions avec les autres pour recueillir un ensemble d'informations pertinentes pour aider à la co-construction du projet soin-études.

Le mot co-construction a un sens symbolique fort. Il sort le patient de sa position passive et le place acteur de son projet de soins - études. Cette co-construction fait passer de l'entente morale de la pré-admission à l'élaboration concrète du projet soins-études avec la co-ordonnance soins-études.

Au préalable à toute admission d'un patient dans une unité de soins, il est important que sa situation soit présentée à l'équipe pluridisciplinaire et que les soignants avertissent les agents hôteliers afin d'organiser au mieux l'accueil du patient.

→ JOURNEE D'ACCUEIL

Après être passé au bureau des entrées, le patient accompagné de sa famille est reçu par le médecin de l'unité et un des soignants référents. Ce premier entretien d'admission permet d'identifier et de déterminer le déroulement des premières journées. Il peut être décidé d'un accompagnement spécifique en fonction de la clinique du patient (ex : accompagnement repas ou pas) qui sera noté dans le dossier patient.

Le référent¹, aura pour mission d'assurer un accueil personnalisé du patient au sein de l'unité. Il se présente auprès du patient comme un de ses référents. « L'empreinte » relationnelle créée par ce premier contact n'est plus à démontrer et il est particulièrement indispensable que l'accueil soit considéré comme le premier temps fort de la prise en charge.

Il accompagne le patient et sa famille lors de l'entretien d'admission avec le Cadre de santé où sont expliqués le règlement intérieur et les règles d'organisation du service. Les différents formulaires administratifs (formulaire de personne de confiance, formulaire d'autorisation de sortie (Mineur), formulaire d'autorisation de traitement (mineur), formulaire de personne de confiance (majeur), attestation de remise du livret d'accueil et attestation de partage d'information) sont signés lors de cet entretien.

Le référent présente ensuite l'unité, l'équipe et les autres patients. Les parents peuvent venir voir la chambre de leur enfant seulement à ce moment-là.

Cette organisation, son déroulement et sa temporalité dépendent de l'heure d'arriver et de l'état de santé du patient.

→ PERIODE D'EVALUATION

Formaliser le temps d'entrée avec une limite temporelle entre 6 et 8 semaines permet de mettre l'accent sur des objectifs évaluatif et intégratif énoncée dès la préadmission se concluant par un entretien familial qui fera le bilan de ce premier temps de soins, et posera le socle du suivi institutionnel ultérieur. Lors de cette période d'évaluation, une synthèse est organisée. Cette étape doit permettre de mettre en place un dispositif contenant, de créer des liens propices à la rencontre soignant-soigné, de favoriser l'appropriation par le patient du dispositif de soin institutionnel et d'évaluer, pour l'équipe, le patient de manière holistique.

Une Check-list pourrait servir de support à l'équipe pour cette période d'évaluation ainsi que l'échelle pour l'évaluation de la pertinence de prolongation d'une hospitalisation en soin-étude proposée par la FSEF.

- ✓ Mise en place d'un entretien soignant systématique (recueil de données à l'entrée), les six premières semaines.
- ✓ Repères sur le fonctionnement de l'unité, de l'établissement, visite des différents locaux de l'institution.
- ✓ Lien avec le professeur référent de l'unité.
- ✓ Rendez-vous avec la directrice des études qui va établir avec lui les bases d'un projet pédagogique et lui communiquer le nom de son professeur tuteur.
- ✓ Rendez-vous bilan somatique.
- ✓ Rendez-vous professeur tuteur et soignant référent.
- ✓ Temps de synthèse en équipe à sept semaines.
- ✓ Suivi métabolique : IMC (indice de masse corporel) et Prise des constantes (TA (tension artérielle), pouls, pesée, Température) à des rythmes prédéfinis.
- ✓ Evaluation de la douleur.
- ✓ Observation du quotidien (hygiène, sommeil, alimentation, etc.).
- ✓ Présentations activités thérapeutiques.

¹ Chaque patient a un référent soignant qui peut-être soit un infirmier soit un éducateur spécialisé. Il est déterminé au moment de l'admission du patient.

- ✓ Inscription dans une médiation d'accueil.

La période d'évaluation sera finalisée par un entretien familial autour de la co-ordonnance soins-études.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

Respecter le process d'admission soins-études définit par la direction générale :

- ✓ Délai de 48 heures entre la réception de la demande de dossier et l'envoi du dossier d'admission par le bureau des demandes d'hospitalisation
- ✓ Délai de 48 heures entre la réception de la demande de dossier et le refus de la demande par le bureau des demandes d'hospitalisation (critères d'admission non respectés)
- ✓ Délai de 48 heures entre la réception de la demande de dossier et la demande de complément par le bureau des demandes d'hospitalisation
- ✓ Délai de 15 jours entre la réception du dossier complet d'admission et la commission d'admission
- ✓ Délai de 48 heures entre la commission d'admission et l'information du patient et/ou sa famille du refus de la commission d'admission
- ✓ Délai de 48 heures entre la commission d'admission et la demande d'informations complémentaires auprès du patient et/ou sa famille
- ✓ Délai de 1 mois entre le dernier entretien de préadmission et l'admission
- ✓ Délai de 48 heures entre l'entretien d'admission et l'information du patient et/ou sa famille du refus de l'admission

II. LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DU PROJET INDIVIDUALISE

A. L'AXE STRATEGIQUE DE CE POLE

Ce projet vise à décrire le projet individualisé du patient (PIP) et son évolution au cours de l'hospitalisation en soins-études.

L'individualisation permet de tenir compte de la pathologie et de l'évolution clinique de chaque patient. Les outils de soins et études développés à Dupré permettent quant à eux, de modéliser, de décrire et d'évaluer le parcours patient.

B. MISE EN ŒUVRE

→ MODE DE DEFINITION ET DE REVISION DU PIP

Accompagnement dans le quotidien :

Le quotidien dévoile le patient dans ce qu'il a de plus intime. Il fait mesurer les conséquences de la vie mentale sur les choses, apparemment, les plus simples de la vie quotidienne. Les soucis du quotidien sont le principal prétexte, grâce auquel les soignants partagent la vie des patients, créent des liens qui font souvent défaut chez les patients et entrent en relation avec leur monde interne.

Au-delà des moments formels, prévus, écrits, c'est une attention particulière apportée à la vie quotidienne de répétition, de « ces petits riens » qui structurent et conditionnent l'existence.

C'est un espace d'accueil, de réassurance qui permet d'accompagner le patient dans sa prise de repères, dans le rythme de la prise en charge. Forme de contenance et d'enveloppement, de cohésion et de lien entre les différents espaces.

L'accompagnement dans le quotidien du patient lui permet d'avancer pas à pas, le conduit vers une plus grande autonomie psychique. La dimension thérapeutique du quotidien ne doit surtout pas être banalisée.

Il est constitué de moments formels et informels, de partage au détour d'un couloir, ou dans le salon, au cours d'un soin, d'une toilette, d'un repas ou d'une activité de médiation.

Ce quotidien est constitué de temps avec les soignants mais aussi loin de leur regard. C'est le tissu interstitiel, squelette de la prise en charge institutionnelle, que l'on ne voit pas trop mais qui est fondamental dans l'architecture, le rythme et la cohésion.

Après des soignants, c'est le lieu où se tisse la relation de confiance avec l'équipe.

C'est aussi un espace où peut se rejouer la relation aux parents de façon sécurisée, où le conflit devient moins menaçant. Il permet l'enrobage, l'enveloppement du patient ainsi qu'une communication qui peut s'éloigner des soins. Ce « jeu relationnel » renforce la confiance et la capacité à aller se frotter à l'autre, à l'extérieur.

Ce travail se fait dans la continuité, la nuit également où les soignants créent un cadre contenant. Ils reçoivent les angoisses, les évaluent, sécurisent le groupe et l'individu pour un sommeil de qualité.

Le quotidien est le lieu privilégié pour l'observation clinique qui apporte la matière à travailler en entretien. Il permet également d'évaluer l'engagement, d'apprécier l'évolution de la prise en charge et de réfléchir à comment mobiliser le patient dans le projet de soin.

Dans cet espace se déploie tout le travail éducatif s'appuyant sur l'instauration d'habitudes d'hygiène de vie.

Sans le regard direct des soignants, le quotidien permet un travail autour de la relation aux autres dans la sécurité de l'institution. C'est un temps qui facilite l'intégration au groupe, la séparation de la famille et l'apprentissage de la vie en collectivité. La tolérance dans le groupe permet la reprise d'assurance, la confiance en l'autre et renforce l'adhésion à la prise en charge proposée par l'institution.

Médiations thérapeutiques :

✓ Objectifs :

Les médiations thérapeutiques sont une partie intégrante du traitement par l'institution proposé dans le cadre de la Clinique Dupré. Elles constituent un temps, un lieu, un espace particulier pour une rencontre entre soignants et soignés. Cet espace permet de se lier et d'aménager la confrontation à l'autre. L'objet de la médiation est ce qui réunit, il permet d'être ensemble tout en s'intercalant comme tiers dans la relation et protège ainsi de l'excitation de la rencontre (Cf. Lecoutre, 2006). Ces médiations aménagent ainsi un rapproché tolérable avec l'adulte, ses pairs et soi-même, de sortir de l'enfermement, la décharge agressive, l'expérimentation de nouvelles choses, la confiance en soi. Elles participent au redéploiement du patient dans une certaine normalité adolescente.

Dans le cadre de la Clinique Dupré, un large panel de médiations est proposé. Elles sont de modalités ouvertes ou fermées, situées dans l'unité de soins ou à l'extérieur du service mais aussi à l'intérieur de la Clinique ou à l'extérieur de la Clinique. Cela permet de travailler différentes questions dans différentes inscriptions et selon différentes modalités : la question de l'engagement, le respect des horaires, de la rythmicité et de la durée, la continuité des investissements, le jeu de la présence-absence, une circulation entre dedans-dehors, la stimulation des fonctions cognitives, la confiance en soi, etc. (Cf. Lecoutre, 2006).

✓ Organisation :

Différentes médiations sont proposées : médiations créatives, médiations manuelles, médiations cognitives et culturelles, médiations sportives et corporelles. Une fiche « projet de médiation thérapeutique » permet au binôme référent de la médiation d'en formaliser les modalités et les objectifs (Cf. annexe). Cette fiche sert également de support pour la présentation au reste de l'équipe soignante en début d'année.

Quel qu'en soit le média, plusieurs éléments constituent le cadre des médiations :

- Une activité thérapeutique nécessite que soient précisés une fréquence régulière, des horaires précis, la permanence des lieux et de celle des participants (soignants et soignés), le respect des règles communes.
- Au décours de chaque médiation a lieu un temps de post-groupe.
- La participation à une médiation est une prescription médicale, fruit d'un travail collectif de l'équipe soignante et du patient. La prescription tient compte des mouvements du patient et fait appel à ses capacités d'autoévaluation. Elle n'est pas figée et constitue une réponse adaptée à sa problématique et à son évolution. Le contrat ainsi passé est formalisé dans la co-ordonnance soins-études.

Avant de participer à une médiation, le patient rencontre individuellement les soignants en charge de la médiation afin d'en préciser ensemble les modalités. En fin d'année ou de séquence, un bilan individuel est fait avec chaque patient.

✓ **Restitution :**

Au décours de chaque médiation a lieu un temps de post-groupe. Ce temps permet au binôme/trinôme en charge de la médiation de penser tant le groupe dans sa globalité que chaque patient individuellement.

Au fil de l'année, des échanges ont lieu avec l'équipe soignante en charge du patient.

En cours d'année (ou de semestre, en fonction du projet thérapeutique de la médiation), ce bilan est sollicité par les référents du patient pour la réunion de synthèse clinique. En fin d'année, un bilan est fait par les soignants en charge de la médiation à l'ensemble de l'équipe soignante. Ces bilans viennent nourrir la réflexion clinique autour de patient et permettent de réévaluer sa prise en charge. Ils permettent également d'infléchir les relations contre-transférentielles à l'égard du patient et d'adapter les attitudes.

✓ **Evaluation :**

En fin d'année, une fiche « bilan d'activité thérapeutique » sert de support pour un bilan et permet de questionner la poursuite et/ou les modifications à apporter au cadre thérapeutique de la médiation.

Les séjours thérapeutiques :

Durant l'année, des séjours de quelques jours à une semaine sont proposés par les services de soins. Ces séjours sont organisés par les soignants et rassemblent des patients du service ou organisés de façon transversale et pour les patients de plusieurs services. Le groupe peut être de six à une quinzaine de patients selon le projet.

Comme pour les médiations, la participation d'un patient est une prescription médicale, fruit d'un travail collectif de l'équipe soignante et du patient. Le séjour et les objectifs sont expliqués au patient lors d'un entretien médical. Les points qui peuvent être travaillés avec le patient en séjour sont variés : intégration, autonomie, confrontation à l'imprévu, distance d'avec la famille, vie en collectivité, partage et participation aux tâches du quotidien. Par la confrontation à l'extérieur, ils permettent également de prendre la mesure des difficultés et des ressources.

Au retour, un bilan du séjour est fait par les soignants ayant accompagnés le séjour puis partagé à l'ensemble des soignants. Un bilan du séjour est également fait avec chaque patient.

→ **CO CONSTRUCTION AVEC LE PATIENT ET SA FAMILLE**

Entretiens :

✓ **Entretiens médicaux :**

Durant sa prise en charge à la Clinique, des entretiens médicaux ont lieu à intervalles réguliers. Il s'agit d'un travail psychiatrique à proprement parler. En outre, les patients ont leur propre psychiatre référent à l'extérieur de l'institution avec lequel le médecin de l'unité est en contact régulier. Ils ont lieu toutes les 2-3 semaines avec l'interne et/ou le chef de service ou l'assistant, toujours en présence d'un soignant.

Ces entretiens permettent une évaluation médicale clinique. Ils sont le moment où le projet de soins se construit, s'évalue et se modifie, matérialisé en cela par la co-ordonnance soins-études. En cela, ils ponctuent la prise en charge individuelle du patient. L'entretien médical est le moment où une trajectoire institutionnelle est mise en mots, trouve son sens et se modifie le cas échéant. Il s'agit du pivot de l'ensemble des activités proposées, y compris les études.

✓ **Entretiens familiaux (EF) :**

Les entretiens familiaux rassemblent le patient, ses parents, le médecin et un soignant du service. En fonction du service et du contexte, un psychologue ou l'assistance sociale peuvent être aussi associés. Les entretiens familiaux sont un engagement nécessaire des parents sur lequel l'équipe doit s'appuyer dans le cadre de la prise en charge.

Les entretiens familiaux ont plusieurs fonctions :

- Ils permettent d'inscrire la prise en charge du patient dans son environnement. De ce fait, la rythmicité des rencontres est importante et ces entretiens ont lieu tous les mois et demi – 2 mois.
- Ils sont un temps privilégié pour expliquer l'organisation de la prise en charge en s'appuyant sur la co-ordonnance. Cela permet aux parents d'avoir une représentation plus précise de ce que fait leur enfant sur une semaine.
- C'est également un moment stratégique pour acter les changements de trajectoire dans le soin et les études.
- C'est un lieu important pour évoquer et réfléchir le projet de sortie.
- Ces entretiens ont également un rôle d'accompagnement de la famille face à la maladie de leur enfant.

✓ **Entretiens soignants :**

Les entretiens réalisés par les soignants peuvent prendre différentes formes et se réaliser de différentes manières. Ils peuvent se tenir seul ou à deux, dans un bureau d'entretien ou dans un espace plus informel avec plusieurs objectifs : accueil, recueil de données, évaluation, réassurance, soutien, éducatif, etc.

→ **MODALITE D'EVALUATION ET DE REVISION**

L'évolution du projet de chaque patient est discutée dans différents espaces, certains uniquement soignants : la réunion de synthèse clinique, le flash ; d'autres à l'interface entre le soin et les études : la réunion soins-études, la réunion médico-pédagogique (RMP).

L'évolution du projet de soins à la Clinique est matérialisée par la co-ordonnance soins-études qui rassemble sur un même support les temps de soins à la Clinique et à l'extérieur et les temps d'études. Outre un support contractualisant de soins-études, son évolution permet d'évaluer la prise en charge du patient au fil des mois.

✓ **La réunion avec les études : « la réunion soins-études » :**

La réunion de liaison entre les soins et les études est un temps fort de la prise en charge. Réunissant les principaux intervenants, elle permet la construction et l'évolution de la Co-ordonnance Soins-Etudes. Les informations entre les professeurs et l'équipe de soin fluidifient ainsi les échanges, éclairent les modifications, mettent en relief les incohérences et permettent de rechercher des solutions.

Durant la période scolaire, cette réunion se tient chaque semaine dans chacune des unités de soins. Elle réunit un représentant des études, « le référent d'étage » et plusieurs membres de l'équipe de soins (médecins, soignants). Le « référent d'étage » est le porte-parole de l'équipe des professeurs et se porte garant des échanges avec eux. D'une durée d'une heure, elle permet d'échanger sur 10 à 15 patients.

Cette réunion permet plus particulièrement un partage d'information pour chaque patient portant sur différents aspects :

- un éclairage sur le fonctionnement psychique du patient au travers de sa scolarité et en particulier son engagement cognitif et ses interactions avec ses pairs ;
- un éclairage clinique sous réserve de secret médical pour soutenir et accompagner les professeurs dans leur mission ;
- la définition et l'évolution d'un volume horaire de cours et de l'emploi du temps scolaire au regard de la co-ordonnance soins-études ;
- le recueil des absences ;
- la pertinence d'une RMP dans les semaines qui viennent ;
- une réévaluation du projet scolaire en fonction de l'évolution scolaire du patient-élève amenant à la construction d'une éventuelle réorientation.

Les points discutés lors de cette réunion sont retransmis au reste de l'équipe soignante à l'oral lors des flashes et des transmissions et à l'écrit dans le dossier patient.

✓ **La RMP :**

Pour chaque patient, une réunion rassemblant le patient, ses parents, l'équipe soignante et l'équipe pédagogique est organisée 2 à 3 fois dans l'année : la Réunion Médico Pédagogique (RMP).

Cette réunion rassemble, pendant 45 minutes environ, le patient et sa famille, son professeur tuteur et ses enseignants, son médecin à la Clinique et un soignant référent du service de soins. Elle est précédée d'un temps de 15 minutes entre les équipes soignantes et pédagogiques qui a pour fonction de préciser les objectifs de cette réunion.

Une RMP est demandée quelques semaines à l'avance soit par les Etudes, soit par le service médical et même parfois par le patient-élève. Dans la pratique, elles sont organisées par les Etudes qui se chargent du planning et des lettres aux parents. Ces réunions ont lieu dans le bâtiment des Etudes. Le nombre de RMP pour un élève peut varier de 2 à 3 dans l'année scolaire.

Ces réunions symbolisent le lien entre les études et le soin et plusieurs fonctions y sont attachées :

- Une RMP est centrée sur l'élève et vise à améliorer la prise en charge médico-pédagogique.
- Une RMP est l'occasion d'un échange entre les enseignants, les soignants, les parents et le patient-élève sur sa scolarité. C'est cet échange qui est au cœur de cette réunion, bien davantage que la prise d'une décision.
- C'est un outil pédagogique où les difficultés du patient sont entendues différemment qu'avec un prisme médical par la famille et le patient. Cependant le regard médical reste un levier qui permet de s'opposer à la répétition et au déni.
- Une RMP permet un rappel de la réalité et amène parfois le patient à affirmer un projet scolaire différent de celui évoqué à son arrivée. Elle permet la mise en balance des bénéfices et des risques d'une persévération des études, qui peut être source d'une pression trop importante pour l'élève et le mener à des mises en danger et des décompensations.

Les entraves psychiques observées et les perspectives évoquées durant cette réunion sont reprises ultérieurement en Entretien Familial.

✓ **Les réunions de synthèses cliniques :**

Des réunions de synthèses sont organisées régulièrement autour de la prise en charge de chaque patient. Elles ont pour objectifs de discuter en équipe pluridisciplinaire du fonctionnement du patient dans les différents espaces de soins et de vie et d'élaborer l'évolution de son projet de soins.

Avec l'appui des co-ordonnances qui ont pu évoluer au fil des mois, l'évolution du patient en médiations, en entretien individuel et familial, aux études, son implication dans les soins à la Clinique et à l'extérieur, lorsqu'il est à l'HDJ sa présence à la Clinique, sont décrits. L'évolution du projet de soins à la Clinique (par exemple : médiations, intervention de la psychologue, de la psychomotricienne, à l'HDJ changement de groupe de cure) et le projet de sortie sont discutés. Les soignants référents préparent cette réunion en recueillant les éléments de prise en charge dans les différentes médiations.

En fin de synthèse, un compte rendu de la synthèse est fait et noté dans le dossier médical. Une EGF (Echelle Globale de Fonctionnement) est réalisée, marqueur de l'évolution du patient.

Ces synthèses durent 1h30 et réunissent les membres de l'équipe soignante en charge du patient ainsi que la psychologue de l'unité, la psychomotricienne et/ou l'ergothérapeute. La présence de l'assistante sociale de la Clinique est précieuse. La présence du psychiatre référent, parfois accompagné de ses collègues infirmier ou assistant social, est également sollicitée.

Pour chaque patient, une à deux réunions de synthèses cliniques peuvent être organisées durant l'année. Aussi, de façon plus quotidienne, le flash – réunion médecin soignants qui a lieu chaque matin durant 30 min à 1 heure – permet de discuter en équipe plus réduite des mouvements de l'équipe, de l'adaptation des soins à l'évolution du patient voire à l'évolution du projet de soins.

Régulièrement, une réunion avec le médecin généraliste de la Clinique permet de coordonner prises en charge somatique et psychique du patient.

→ L'ATELIER DU MEDICAMENT : VERS UNE EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Dans le but de rendre le patient acteur de sa prise en charge, la Clinique développe actuellement un programme d'éducation à la santé sur le médicament « l'atelier du médicament ». L'objectif étant d'augmenter l'adhésion thérapeutique du patient afin de prévenir les ruptures de soins et de favoriser une meilleure adhésion aux traitements, en le formant sur les bénéfices et les risques liés à la prise de traitement. Enfin une meilleure gestion de son traitement permet au patient d'être plus autonome.

Ce programme s'adresse aux patients de l'établissement. Il a été conçu dans le but de favoriser le bon usage des médicaments et d'offrir un espace de parole où les patients peuvent s'exprimer librement en posant leurs questions et en parlant de leurs expériences personnelles des traitements médicamenteux.

Dans un premier temps un diagnostic thérapeutique du patient sur ses connaissances en matière de médicament est réalisé, permettant aux équipes d'ajuster les séances de l'atelier du médicament en fonction des besoins identifiés.

Dans un second temps, 5 séances sont réalisées collectivement (10 patients provenant des différentes unités) :

- ✓ **Séance 1** : connaissance du traitement & fabrication des médicaments
- ✓ **Séance 2** : bénéfices du traitement
- ✓ **Séance 3** : les effets indésirables
- ✓ **Séance 4** : autonomie / gestion du traitement
- ✓ **Séance 5** : les toxiques

Afin de pérenniser la démarche (libérer du temps médical et paramédical), des recherches de financements (ex : fondation de France) sont en cours.

La Clinique souhaite faire reconnaître cet atelier en tant que programme d'ETP auprès de l'ARS pour faire bénéficier à terme d'autres patients d'autres établissements de santé.

→ VERS UNE DIFFERENCIATION DE CERTAINES PRISES EN CHARGE / CONTRAT DE SOINS DU PATIENT :

Depuis 2010 dans une logique de décloisonnement des champs de la prévention, de l'offre de soin et de l'accompagnement médico-social, les ARS ont pour mission de structurer les parcours de santé, à savoir une prise en charge globale et continue des patients.

Organiser le parcours de soins c'est coordonner l'intervention des acteurs permettant notamment de répondre au développement des maladies chroniques et aux situations de perte d'autonomie qui impactent la vie quotidienne du patient. L'échange d'information entre les professionnels est au cœur de la notion de parcours et de continuité des soins et de sécurité de la prise en charge.

Des outils permettent de renforcer l'élaboration du projet de soins individualisé du patient (PPI) et la coordination entre les différents professionnels de santé et contribueront à pouvoir établir **le contrat de soins du patient**.

- ✓ **La lettre de liaison**, outil de coordination du parcours de soin.
- ✓ **Le dossier médical partagé**, l'évolution constante de l'utilisation du dossier patient informatisé sécurise et favorise la coordination de la prise en charge du patient et plus largement le parcours de soins.
- ✓ **L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)** : qui par la production d'Indicateurs de qualité des parcours. Identifie les 10 pathologies les plus fréquentes en PSY ; ainsi que 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21ème siècle : la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif. Il va de soi que nous devons travailler à mettre œuvre des prises en charges différenciées de ces pathologies. Avec des outils tels que les patients traceurs² ou des EPP, il sera possible de les définir et de les évaluer, dans l'objectif de définition de chemins cliniques.
- ✓ **Le chemin clinique** : centré autour du patient, il a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, à rationaliser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Il repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. La détermination du chemin clinique contribue à :
 - réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge ;
 - s'appropriier les recommandations professionnelles ;
 - mettre en œuvre des protocoles validés de prise en charge des patients ;
 - améliorer la continuité et la délivrance de soins de qualité aux patients ;
 - améliorer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge
 - rationaliser les soins et la gestion des risques.

Les résultats attendus portent sur les différents aspects de la prise en charge :

- ✓ la simplification et une meilleure compréhension des prises en charge pour les professionnels
- ✓ l'amélioration de l'efficacité des soins ;
- ✓ la clarification et la simplification de l'information donnée aux patients ;
- ✓ l'optimisation des ressources humaines et matérielles.

² Le patient traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI :

- ✓ Préserver/dégager les moyens médicaux et soignants humains pour permettre de conserver les temps d'élaboration des PIP et les moyens de mise en œuvre.
- ✓ Mise en place d'audits du dossier patient permettant de confirmer l'existence des CR des entretiens médicaux, EF, synthèses, bilans de médiations.
- ✓ Formaliser le PIP et l'élaboration des contrats de soins dans le cadre d'une EPP.

III. PREPARATION A LA SORTIE

A. AXE STRATEGIQUE

Ce projet vise à décrire la préparation de la sortie du patient et son évolution au cours de l'hospitalisation en soins-études.

Le temps psychique et le temps de la réalité diffèrent. Le temps de la scolarité qui introduit le temps de la réalité est un support précieux pour en principe éviter un temps perdu, voire une perte de temps pour un jeune patient élève.

B. MISE EN ŒUVRE

Les hospitalisations en soins études ont une durée moyenne de séjour à la clinique Dupré de 1 an et 7 mois.³

De ce fait, la question de la sortie se pose dès les rendez-vous de préadmission.

Pour ne pas induire un hospitalisme et une dépendance institutionnelle chez les jeunes patients, le lien avec les suivis à l'extérieur (psychiatre, psychothérapeute, thérapie familiale, médecin somaticien...), le rythme des temps d'hospitalisation (retour le plus souvent si l'état de santé le permet au domicile les week-ends, durant certaines semaines de vacances scolaires) est d'emblée posé au patient et aux parents.

Les temps des réunions pluridisciplinaires de synthèse, des flashes, des réunions dans les unités en présence des enseignants, les réunions médico-pédagogiques sont les espaces de réflexion réguliers pour penser le projet personnalisé soins-études d'un patient et par là de penser à la sortie.

La formalisation et l'information se font avec pour support, dans les services, la co-ordonnance soins études, lors des entretiens médicaux, des entretiens familiaux.

Un groupe de travail réuni par la Direction Générale de la FSEF réfléchit à harmoniser les pratiques.

Cet espace de réflexion partagée a permis, aux différents médecins, cadres, directeurs d'établissement, assistants sociaux, directeur des études, des repères temporels et des supports d'évaluation communs pour chaque projet personnalisé et de suivi d'un patient dans les services de psychiatrie soins études de la FSEF.

- ✓ Programmer une synthèse pluridisciplinaire, une réunion pédagogique, un entretien médical puis un entretien familial de restitution au patient et à la famille avec des supports de co-ordonnance soins-études et des indicateurs évalués par l'équipe de référence du patient permet de scander les différentes étapes du projet :
 - 4 semaines (8 maximum) après l'admission,
 - 3 mois après la première évaluation (4 mois maximum après admission),
 - puis 6 mois après l'évaluation précédente (10 mois maximum après admission maximum),
 - puis tous les 6 mois.
- ✓ Confirmer ou pas la poursuite des soins études lors des entretiens familiaux de mai-juin, est un autre repère pour éventuellement décider d'une sortie.

³ Source : Année 2017

- ✓ Planifier une réunion médico-pédagogique en novembre/décembre pour les patients ayant eu une difficulté pour redevenir élève est un levier pouvant redynamiser et/ou mettre en garde pour la poursuite et les ajustements à amorcer si besoin du projet et par là des objectifs de sortie.

Cette dynamique en entretien, au quotidien, avec les différents rendez-vous amène différentes manières d'organiser la sortie :

- ✓ Une sortie préparée et accompagnée de part et d'autre, vers un autre service de l'établissement parfois, de l'intra vers l'HDJ, le CATTP, une autre structure de soins, le suivi extérieur habituel avec retour ou pas au domicile familial.
 - Ce mode de sorties de l'intra hospitalier vers un autre service de l'établissement est le plus souvent indiqué lorsque la séparation d'avec l'institution est un peu longue à travailler.
- ✓ Une sortie par inadéquation du projet, le non-respect possible du cadre de soins. Elle se décide en principe après des réunions pluridisciplinaires, des entretiens médicaux et des entretiens familiaux.
- ✓ Une sortie par transfert en cas d'une décompensation psychiatrique et/ou physique.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Maintenir le rythme défini des synthèses, entretiens, etc.
- ✓ Nombre de synthèses, entretiens, RMP par patient.
- ✓ Analyse de la distribution des durées de séjours.

A. AXE STRATEGIQUE

Dans le cadre de sa politique d'ouverture la clinique porte la volonté d'offrir une alternative à son offre de scolarisation « classique » habituellement proposée au sein de nos établissements.

Le pôle projet insertion permet cette alternative tournée vers l'évaluation des savoir-faire et des compétences des patients, pouvant leur servir dans le domaine professionnel.

Mais cette prise en charge reste dans le domaine du soin, parmi l'ensemble des dispositifs soignants de la clinique, et s'inscrivant dans le projet individualisé du patient. Il s'agit d'un « espace intermédiaire ».

B. MISE EN ŒUVRE

→ OBJECTIFS :

- ✓ Mettre le patient en situation d'être confronté au monde professionnel avec ses exigences et son organisation propres.
- ✓ Evaluer les savoir-faire et compétences des patients, et en favoriser l'acquisition de nouveaux.
- ✓ Développer l'autonomie du patient en lui permettant de se créer un projet en lien avec le monde professionnel ; sachant que ce projet devra se travailler en dehors de Dupré dans une logique d'aval, comme accompagnement vers la sortie.

Le tout se travaille dans le cadre thérapeutique, étayant et rassurant, de l'institution. Il s'agit toujours d'un accompagnement thérapeutique, et non pas d'une formation professionnelle.

→ LES PATIENTS CONCERNES :

- ✓ Les patients pour lesquels la scolarité est un enjeu trop important, avec un investissement fort et centré sur la réussite scolaire. Un enjeu de scolarité trop important peut devenir un frein à la prise en charge du patient. L'intégration au pôle projet insertion peut permettre de réduire la tension générée par les études.
- ✓ Les patients pour lesquels il est souhaitable d'élaborer un projet individuel en dehors d'un cursus scolaire et/ou universitaire qui ne semble pas accessible, au moins à ce stade.

→ CONDITIONS D'ACCES (INDICATIONS) :

- ✓ Sur prescription médicale après évaluation et réflexion en réunion de synthèse (équipe pluridisciplinaire).
- ✓ Cette prise en charge n'intervient, en principe, pas en première intention dans la clinique puisque les patients sont admis initialement en soins-études. Il s'agit d'une prise en charge de seconde intention au sein de Dupré. Pour les patients dont la prise en charge serait initialement axée sur un projet socio-professionnel, d'autres établissements de la FSEF offrent cette possibilité.

→ CONDITIONS D'ORGANISATION DU DISPOSITIF :

Réunions :

- ✓ Un jeudi une semaine sur deux de 9h à 10h30, avec les soignants responsables des ateliers entreprise (trois), ainsi que le médecin chef de service de la transversalité, le cadre supérieur, le cadre de la transversalité, l'assistante sociale, le professeur chargé des stages individuels, et les soignants des autres médiations transversales. Le 2^{ème} soignant de chaque atelier entreprise peut y être convié. C'est un lieu pour discuter de l'organisation, du fonctionnement, des projets du pôle projet insertion. Un lieu où les décisions sont validées.
- ✓ Le 3^{ème} mardi du mois de 13h15 à 14h30, avec tous les soignants des ateliers entreprise. Cette réunion permet aux soignants de se réunir pour évoquer les patients de chacun des ateliers, les futures entrées et sorties, et permettre le lien avec les équipes de références.
- ✓ Participation des soignants des ateliers entreprise à des synthèses dans les services de soins-études.

Rendez-vous :

- ✓ Le rendez-vous d'entrée du patient dans l'atelier entreprise : avec les soignants responsables des ateliers entreprise, le jeudi matin de 10h30 à 12h30 et de 13h30 à 15h.
- ✓ Les rendez-vous de suivis des patients inscrits aux ateliers, avec les soignants responsables des ateliers. Les soignants des services de soins-études sont attendus pour accompagner le patient.

→ MODALITES DE MISE EN ŒUVRE :

Les 3 ateliers entreprises :

Les ateliers entreprises mettent les jeunes en situation de travailler les éléments suivants avec des exigences professionnelles : travail en équipe, hiérarchie, assiduité, ponctualité, port d'une tenue de travail, règles de production et d'hygiène, apprentissages de techniques, assimilation de normes et codes, capacité de concentration et de venir à bout d'une tâche, fatigabilité.

Ces ateliers sont animés par deux soignants et un professionnel externe ou interne pour être au plus près de l'expérience de terrain.

Les ateliers hebdomadaires sont de trois heures, ce qui est une durée permettant le déploiement des objectifs posés et qui se démarque du temps scolaire.

Les ateliers sont réalisés dans des locaux au sein de la clinique, spécifiquement aménagés sur un même site et un même temps avec la possibilité de circuler entre eux. Ils nous permettent d'observer et d'évaluer les patients dans un contexte différent, à distance des services de soins-études et de leur équipe de référence. Ils font appel à l'intelligence, le pragmatisme et la logique des patients dans un autre cadre que celui de la scolarité.

En revêtant la tenue de professionnel, l'équipe du pôle projet insertion fait le pari de faire ensemble, de faire « comme si » elle était une véritable entreprise, et ainsi permettre aux patients d'envisager leur avenir et de se penser autrement.

Par la suite, une mise en situation réelle durant des stages sur des événements artistiques et dans le cadre d'un festival de musique (Primeurs de Massy) a lieu.

✓ Atelier production culinaire :

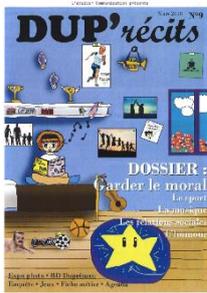
L'équipe dispose d'un matériel conséquent, constitué d'outils spécifiques utilisés dans la restauration, dans une cuisine aménagée. Le programme du jour (entrée, plat, ou dessert...) est présenté par les encadrants. Ce programme s'inscrit dans une continuité au fil des séances, autour d'apprentissages techniques divers (découpe, cuisson, pâtisserie, dressage...).

Il s'agit ici de permettre une acquisition progressive de savoir-faire, accompagnée et guidée par les encadrants. Les patients sont répartis par poste de travail et élaborent par groupe l'entier déroulé de la préparation dans un cadre précis. Une dégustation de ce qui a été confectionné donne lieu à la fin de l'atelier à un échange.

✓ Régie :

L'atelier dispose d'un matériel important et adapté autour du bricolage et de la menuiserie dans des locaux aménagés. Il a la particularité d'avoir été mis en place à l'origine pour accueillir des patients en plus grande difficulté car il permet un grand choix de tâches en fonction des aptitudes des patients (lutherie, fabrication de décors, construction d'un potager, jeux en bois...). Les patients sont amenés à s'exercer à différentes techniques d'assemblage, de fixation, de découpe du bois... C'est pour les patients l'occasion de venir se confronter à une organisation professionnelle dont l'objectif est la réalisation d'objets nécessairement utiles à la communauté (pour l'atelier jardin, théâtre, musique, la médiathèque).

✓ Communication :



Le programme de l'atelier cherche à permettre aux patients de se mobiliser autour de plusieurs aspects de la communication. Pour ce faire, deux projets de fond sont menés chaque année par le groupe, la rédaction d'un journal de la clinique et l'animation d'un blog cuisine. Comme en agence, l'équipe est constituée de concepteurs, rédacteurs, graphistes, maquettistes et d'un directeur artistique... Les temps d'échanges sont organisés de façon à soutenir les patients pour structurer et organiser leur pensée. Un travail important est fait pour passer de concepts abstraits à la concrétisation des idées. En plus des projets en interne, un travail de lien avec l'extérieur est tissé avec des rencontres régulières (expo photo, équipe communication...).

Atelier Curriculum Vitae (CV) et lettre de motivation en lien avec l'annexe pédagogique :

Il a lieu au sein de la médiathèque où sont mis à disposition quatre postes informatiques avec accès internet et une documentation importante. Il a pour but d'apprendre aux patients à construire leur CV et lettre de motivation, puis dans un second temps de les aider à se présenter lors d'un entretien. L'atelier est une médiation thérapeutique dont le support est la temporalité des parcours de chacun en mettant de côté les étapes de la prise en charge médicale qui doivent rester du domaine de l'intime. Cet atelier permet aux patients de mettre en valeur leurs acquis, études et savoir-faire.

MOIP : Module d'Orientation et d'Insertion Professionnelles (dans le cadre de l'annexe pédagogique) : remobilisation d'un projet pour les élèves qui ne sont pas dans un cursus classique :

Le Module Individualisé de Projet est une forme de scolarité non classique proposée par le service des études, qui peut s'appliquer soit pour les élèves en trop grande difficulté ou en rupture avec la filière classique (de la 2nde à la Terminale) ou en études supérieures, soit d'emblée à l'admission à la Clinique si le projet scolaire de l'élève n'est pas encore bien élaboré. L'arrêt de la scolarité classique se décide conjointement entre les études et les soins. Le MOIP est une tentative de remobilisation sur un projet en proposant différents cours, que l'élève choisit avec son professeur tuteur et ses référents soignants. Les enseignements en MOIP s'articulent autour de plusieurs pôles : disciplines traditionnelles (EPS : Education Physique et Sportive, langues vivantes), littéraires, culturelles et artistiques, scientifiques, tertiaires et technologiques, et en vue de la préparation de concours, notamment paramédicaux. Conjointement au cours de MOIP, le jeune va pouvoir s'appuyer sur le dispositif du pôle projet insertion (atelier entreprise, projet d'avenir, stages...), sur la psychologue de l'éducation nationale et l'assistante sociale, en lien avec son équipe de référence, afin de travailler le « deuil » de la scolarité classique et construire un nouveau projet. Ce travail nécessite un temps long et l'implication de plusieurs corps de métiers.

Stages accompagnés de mise en application ou en immersion professionnelle :

Actuellement deux sortes de stage sont proposées en priorité aux patients participant aux ateliers entreprises, qui réunissent tous les ateliers entreprises : 1) les primeurs de Massy, un festival de musique, où la clinique Dupré est prestataire, qui dure dix jours et 2) le stage de la mise en application dans un théâtre où les patients se retrouvent avec les soignants autour d'un projet commun pendant deux semaines suivi d'une représentation.

La notion de stagiaire est primordiale, en ce qu'elle propose au patient un changement de posture, un « pas de côté » par rapport au statut de patient. Ces stages sont possibles grâce à l'accompagnement soignant important. C'est à nouveau un lieu d'expérimentation et d'observation soignante sur un plus long terme dans un espace nouveau et extérieur à la clinique, toujours dans le but d'affiner la prise en charge des patients.

Stages individuels en entreprise :

Ces stages s'inscrivent dans le cheminement du patient concernant son projet pédagogique ou professionnel, après avoir été intégré et évalué dans les ateliers entreprises et les stages collectifs accompagnés.

La recherche de ces stages est accompagnée par les professionnels de Dupré (enseignants, soignants, assistante sociale). Une convention de stage est signée soit par l'annexe pédagogique soit par la clinique.

Projets espace vert :

L'atelier jardin s'est mis en place en 2017 au sein d'une unité de soins en partenariat avec l'association « Espaces » dont l'un des objectifs est un travail autour de l'insertion sociale. Dans ce cadre précis nous souhaitons que cette activité fasse partie à part entière du dispositif pôle projet insertion à la rentrée 2018. Sous une approche à la fois ludique et interactive l'atelier de sensibilisation de l'association s'inscrit dans une démarche pédagogique où les patients deviennent des acteurs actifs des actions participatives. Cette activité s'appuie sur une démarche scientifique, expérimentale et raisonnée qui contribue à développer l'esprit critique et à élargir les capacités d'initiative de chacun. L'objectif est donc de permettre aux jeunes de s'épanouir individuellement et collectivement par le biais de l'éducation à l'environnement et au développement durable.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Préserver/dégager les moyens en interne pour faire vivre tous ces ateliers qui sont très mobilisateurs de moyens humains.
- ✓ S'adjoindre des professionnels pour co-animer tout ou partie des ateliers, afin de leur donner un élément de réalité et faire le lien avec l'extérieur (stages, évolution du secteur...).
- ✓ Créer de nouveaux ateliers pour permettre un large accès aux patients le nécessitant, et pour leur permettre de développer de nouvelles compétences.
- ✓ Développer et avoir une connaissance du réseau et des partenariats pour affiner les orientations des patients, en ce qui concerne les structures d'aval ainsi que des lieux potentiels de stage (créer un petit groupe de soignants qui vont rencontrer les structures extérieures pour affiner les adressages).
- ✓ Atelier évaluation de compétences en informatique.
- ✓ Mettre en place des portes ouvertes à l'atelier entreprise.

A. AXE STRATEGIQUE

L'unité post aigue (UPA) répond à une fonction de post urgence avec plusieurs vocations :

- ✓ Répondre aux besoins de soins de certains adolescents accueillis en urgence afin d'assurer une suite qui leur permet l'établissement de relais ultérieurs adéquats, gages d'une réinsertion de qualité.
- ✓ Répondre aux nombreuses demandes issues de services partenaires et correspondants de la clinique.
- ✓ Participer au renforcement des liens de travail avec les réseaux de soins extérieurs avec, en particulier, des relations de partenariat soutenues avec les psychiatres privés adresseurs, les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvéniles environnants, les services judiciaires, sociaux ou éducatifs.

→ LES SPECIFICITES DE L'UNITE POSTE AIGU (UPA) :

L'unité post aigue d'hospitalisation temps plein de 14 lits accueille des patients de 16 à 25 ans dans le cadre d'une hospitalisation libre.

Le niveau scolaire n'est pas pris en compte au moment de l'admission.

Des soins spécialisés en psychiatrie sont proposés dans un environnement contenant, apaisant et adapté à cette population.

- ✓ Suite à une hospitalisation aigue sur le secteur.
- ✓ Suite à une prise en charge ambulatoire où la question de l'évaluation diagnostic et thérapeutique se pose dans un moment post-aigu et non encore stabilisé de la souffrance psychique du patient.

→ REPERAGE DES PATHOLOGIES SUR LA FILE ACTIVE 2017 :

- ✓ Troubles de l'humeur (par exemple épisodes dépressifs ou troubles bipolaires) 52%.
- ✓ Psychoses (par exemple schizophrénie) 14%.
- ✓ Troubles de la personnalité 6%.
- ✓ Troubles névrotiques (par exemple troubles anxieux ou phobiques) 9%.
- ✓ Troubles de l'alimentation 3%.
- ✓ Troubles envahissant du développement 2%.
- ✓ Troubles du comportement et troubles émotionnels 4%.

La durée moyenne des hospitalisations est en moyenne de huit semaines, variable en fonction de l'état et de la situation de chaque jeune.

→ LES OBJECTIFS PEUVENT ETRE :

- ✓ Evaluation pronostic et thérapeutique.
- ✓ La mise en place si besoin de soins et thérapie, si nécessaire à l'extérieur.
- ✓ Un accompagnement régulier des parents avec une évaluation de la situation sociale.

Concernant la scolarité, les patients de l'UPA ne sont pas scolarisés mais la présence d'un enseignant permet des rencontres sur trois séances.

B. MISE EN ŒUVRE

→ L'ORGANISATION DES SOINS :

L'hospitalisation commence par une période de séparation d'avec les parents de 7 jours. Cela permet à l'équipe soignante de présenter les objectifs au patient, les différents supports sur lesquels s'appuyer :

- ✓ Les entretiens familiaux, les entretiens individuel/soignant permettant de faire le point sur le traitement, les activités thérapeutiques, etc. D'évaluer la symptomatologie et le positionnement du patient dans le groupe.
- ✓ Les réunions soignants/soignés qui ont lieu deux fois par semaine.
- ✓ Les activités thérapeutiques.
- ✓ Les entretiens et bilans psychologiques.
- ✓ Les réunions de synthèse en vue de penser ensemble le projet de soin du patient. Elles ont lieu une fois par semaine réunissant l'équipe pluridisciplinaire⁴ et si possible l'équipe adresseur.

Les parents bénéficient d'un groupe de parents une fois par mois. Il est animé par la psychologue et la cadre de santé du service.

L'équipe est en lien avec d'autres professionnels de la clinique :

- ✓ Possibilité d'avoir recours à l'équipe d'addictologie de liaison.
- ✓ L'équipe du psychodrame : le psychodrame d'évaluation est parfois indiqué pour certains patients.
- ✓ L'équipe de la transversalité qui anime des médiations thérapeutiques.

→ L'ACCOMPAGNEMENT A LA SORTIE

- ✓ Le suivi extérieur se met ou se remet en place.
- ✓ Parfois des soins en Hôpital de Jour à l'UPA peuvent être indiqués pour un suivi de trois semaines renouvelables une fois.
- ✓ Eventuelle reprise scolaire aménagée dans l'établissement de provenance.

C. OBJECTIFS

- ✓ En lien, avec le projet architectural concernant le pavillon Clérambault, les locaux de l'UPA vont être entièrement reconfigurés, ce qui aura sur une période encore indéterminée un impact important sur la capacité d'accueil de l'unité avec une diminution du nombre de lits qui va être à envisager (14 lits).
- ✓ Le renforcement des partenariats est une priorité, l'accompagnement à la sortie des patients nécessite de disposer de structure d'aval.
- ✓ Sur le plan de l'équipe soignante, une unité post aigue demande que nous soyons vigilants à l'accompagnement et la formation des professionnels qui interviennent.

Activité 2017

- ❖ 14 places.
- ❖ 3 280 actes et 52 consultations de pré admission en 2017.
- ❖ 75 patients ont été admis dans le service, dont 64% de filles et un âge moyen de 19 ans.
- ❖ Le recrutement est régional avec 37% des patients qui sont domiciliés dans les Hauts-de-Seine, 12% à Paris, 5% dans la Seine et Marne, 4 % dans les Yvelines, 8% dans l'Essonne, 5 % dans la Seine St Denis, 23% dans le Val de Marne et 5% hors région Ile-de-France.
- ❖ La durée moyenne de prise en charge est de 2.5 mois pour une DMS (Durée Moyenne de Séjour) administrative de 1 mois et 8 jours.
- ❖ 52 réunions soignants/ soignés ont eu lieu sur l'unité.
- ❖ 13 synthèses avec équipes médicales extérieures.

⁴ L'équipe pluridisciplinaire est composée de médecins psychiatres, cadre de santé, psychologue, infirmiers, éducateurs spécialisés, psychomotricienne, ergothérapeute, secrétaire médicale, agents hôteliers.

Historiquement la clinique Dupré était considérée comme un établissement élitiste.

En pratique, le fait de ne proposer que de l'enseignement en première et terminale de filière générale créait un filtre important à l'entrée. En effet souvent, pour des jeunes souffrant de pathologies psychiatriques lourdes, arriver à un tel niveau d'étude impliquait de disposer d'un soutien familial fort.

Fort de ce constat, depuis les années 2000, avec une forte accélération dans les années 2010, la Clinique Dupré a développé une série d'activités nouvelles ou d'adaptation de ses activités visant à assurer une diversification, tant des prises en charge, que des publics accueillis, avec les créations :

- ✓ Une unité d'accueil post aigu (USIP puis UPA),
- ✓ du Relais et du CATTP,
- ✓ de la classe de seconde,
- ✓ d'activités à visée d'insertion professionnelle,
- ✓ d'activités ambulatoires nouvelles : centre de psychanalyse et addictologie.

La clinique a également beaucoup travaillé le renforcement de ses liens externes, tant avec les adresseurs qu'avec des partenaires institutionnels.

Dans le cadre de ce projet d'établissement, cette politique d'ouverture et de diversification sera poursuivie, avec en particulier les objectifs suivants :

- ✓ Création de l'unité hospitalière d'addictologie.
- ✓ Développement du pôle d'évaluation et d'insertion professionnelle.
- ✓ Concrétisation du projet de partenariat avec des lycées de filière technologie et professionnelle.
- ✓ Développement des liens de partenariat/ formation / expertise avec des structures gérant des secteurs et populations défavorisées.

1. LE RELAIS / CATTP

Depuis mai 2011 l'équipe du Relais et l'équipe du CATTP se sont réunies dans les mêmes locaux. Ce rapprochement physique a permis la mise en place de nouvelles synergies entre les deux unités qui ont été regroupées au sein d'un nouveau service baptisé «Escale Ados ».

LE RELAIS :

A. AXE STRATEGIQUE

L'adolescence est une période transitoire de la vie avec des caractéristiques bien particulières. Une des caractéristiques majeures de cette période est la difficulté de demander de l'aide et d'avoir les soins nécessaires.

Le Relais est une unité de prévention secondaire destinée à favoriser l'accès aux soins pour des adolescents en difficulté. Son principal objectif est de proposer un dispositif ouvert permettant à la souffrance de se transformer en une demande susceptible de recevoir, dans le réseau, et aussi précocement que possible, des réponses appropriées à la situation psychique ou physique de l'adolescent en difficulté.

Le Relais est une structure d'accueil et d'évaluation, et non pas une structure de soin. C'est un centre de consultations médico-psycho-socio-pédagogiques polyvalent chargé d'accueillir des demandes floues, non spécifiées ou non encore élaborées, provenant d'adolescents, de familles ou de professionnels qui les entourent.

Ouvert à l'accueil spontané, sans rendez-vous, le Relais n'est pas non plus une structure d'urgence. Son rôle est précisément de prévenir l'urgence.

Cet objectif passe par un travail ouvert et despécifié qui permet à la fois : une évaluation brève de l'adolescent au plus près de la difficulté qu'il expose et met en avant ; une orientation, parfois accompagnée, **vers** des lieux de **soins psychiatriques hospitaliers ou ambulatoires** et très souvent nécessite des réponses d'autres natures et adaptées à chaque situation.

B. MISE EN ŒUVRE

L'activité du Relais se stabilise. Le niveau d'activité 2017 constitue la limite de nos capacités d'accueil aujourd'hui dans la mesure où nous parvenons encore, dans la majorité des situations, à proposer des rendez-vous de consultation rapides (sous 10 jours) aux jeunes qui sont venus à notre rencontre en accueil spontané.

La réorganisation, mise en place fin 2016, des modalités de rencontre pour les collégiens (accueil sur rendez-vous, accompagné systématiquement des parents) a donc permis une gestion plus affinée de l'affluence et de la file active.

→ **LES PRINCIPALES PATHOLOGIES/SYMPTOMES :**

- ✓ Troubles névrotiques : 26 %
- ✓ Troubles de l'humeur : 19 %
- ✓ Symptômes et signes relatifs à l'humeur et comportement : 16 %
- ✓ Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance et adolescence : 8 %
- ✓ Difficultés liées à l'entourage immédiat y compris la situation familiale : 8 %
- ✓ Difficultés liées à l'environnement social : 5 %

En 2017

- ❖ 703 patients dont 552 nouveaux ont été suivis dont 55 % de filles et une moyenne d'âge de 17 ans.
- ❖ 4432 actes ont été réalisés.
- ❖ Le recrutement est local avec 72% des patients domiciliés dans les Hauts-de-Seine, 14% dans l'Essonne, 2 % dans les Yvelines et 9% dans le Val de Marne, 0.7 % dans la Seine et Marne et 0.1 % dans la Seine St Denis et Val d'Oise.

→ **LE TRAVAIL EN RESEAU :**

Le travail de réseau en lien avec les partenaires adresseurs est capital avec pour mémoire des interventions comme :

- ✓ Une participation au Comité de veille préventive dédié au public des 13-25 ans en convention et à la demande de la ville de Sceaux.
- ✓ Des supervisions régulières du point accueil jeunes au sein de la cité scolaire Lakanal.
- ✓ Des réunions trimestrielles avec les infirmières, médecins et assistantes sociales scolaires du bassin.
- ✓ Des participations aux Equipes Educatives sollicitées par les établissements de l'éducation nationale (collèges et lycées).
- ✓ Des participations aux Commissions Locales Enfance, sollicitées par l'Aide Sociale à l'Enfance.
- ✓ Une assistance auprès des foyers en lien avec l'Aide Sociale à l'Enfance.
- ✓ Des supervisions ponctuelles à la demande de la PJJ.

C. OBJECTIFS

Nous souhaitons formaliser davantage encore ce travail de lien avec le réseau des partenaires adresseurs d'une part, mais aussi avec les différentes structures en mesure d'accueillir nos jeunes (CMP (Centre Médico-Psychologique), unités d'hospitalisation, structures éducatives) afin d'apporter plus de fluidité au parcours de soin des adolescents et jeunes adultes en difficulté du bassin d'autre part.

Les échanges avec les autres Relais d'Île-de-France nous ont permis un partage des pratiques et la valorisation de cette activité au niveau loco-régional. Dans le contexte de ces rencontres, un projet de recherche visant à mettre en évidence la pertinence du dispositif Relais a obtenu un financement par la Fondation de France et devrait débuter courant 2018.

LE CATTTP :

A. AXE STRATEGIQUE

Le CATTTP permet de répondre à des situations de difficultés scolaires et familiales qui paraissent pouvoir être dépassées par une activité institutionnelle régulière ou par un accompagnement pédagogique social et thérapeutique pour maintenir une inscription ou soutenir un travail de réintégration.

Cette structure a permis de diversifier le type de patients accueillis à la clinique : en réduisant les exigences limitantes que constituent le niveau ou le lieu des études suivies et en élargissant le type des pathologies accueillies.

Cette unité a été créée en partenariat avec l'inter secteur infanto-juvénile de Sceaux et il a pu d'emblée mettre en place un travail ouvert impliquant des partenariats multiples dans le cadre d'un travail loco-régional.

B. MISE EN ŒUVRE

En 2017, l'équipe du CATTTP a accueilli une file active régulière de 24 patients pour des soins ambulatoires permettant la poursuite d'une scolarité en milieu ordinaire et/ou la définition de projets de formation adaptés aux difficultés psychiatriques mises en évidence.

Dans cette file active, 6 places ont été dédiées aux jeunes quittant le soins-études et souhaitant maintenir pour quelques semaines, quelques mois encore, un lien avec l'institution. Cette gestion des patients en post-cure pour laquelle le CATTTP a été mandaté fin 2015, a atteint un bon niveau de maturité. Les 6 places sont désormais occupées en permanence, pour des jeunes poursuivant les soins pour une durée de 3 à 6 mois.

Enfin, l'équipe du CATTTP de la Clinique a été sollicitée par différents établissements de la Fondation pour partager l'expérience acquise autour de ces soins ambulatoires spécifiques.

En 2017

- ❖ 42 patients ont été accueillis en 2017 dont 21 nouveaux patients.
- ❖ 3 847 actes.
- ❖ 52% de garçons et une moyenne d'âge de 19 ans.
- ❖ Le recrutement est local avec 55 % des patients domiciliés dans les Hauts-de-Seine, 5% à Paris, 1 % dans la Seine et Marne, 1 % dans les Yvelines, 4% dans l'Essonne, 1 % dans la Seine St Denis. 17% dans le Val de Marne, 1 % dans le Val d'Oise et 5 % hors régions.

→ DES PATHOLOGIES LOURDES SONT ACCUEILLIES :

- ✓ Troubles de la personnalité 10%
- ✓ Troubles de l'humeur (par exemple troubles bipolaires) 21%
- ✓ Troubles névrotiques (par exemple troubles anxieux ou phobiques) 12%
- ✓ Psychoses (par exemple schizophrénie) 21%
- ✓ Troubles de l'alimentation 5%
- ✓ Troubles du développement psychologique 21%
- ✓ Troubles du comportement et troubles émotionnels 10%.

C. OBJECTIFS

- ✓ Maintien d'un niveau d'activité avec une réorganisation des plages d'ouverture, permettant d'optimiser les moyens mis à disposition.
- ✓ Affiner et développer la collaboration avec les unités temps plein soins-études.
- ✓ Développer la collaboration avec les liens avec les établissements de la Fondation.

2. APPARTEMENT RELAIS

La Clinique Dupré propose aux patients qui répondent à l'indication, un hébergement partagé (colocation) meublé pour trois personnes.

Cet hébergement est une étape transitoire entre les soins-études et la sortie de la Clinique Dupré étayé par des soins plus espacés qu'une prise en charge à temps plein. Il est destiné à des patients sortant de l'intra hospitalier ou de l'hôpital de jour, qui sont autonomes dans les déplacements et ayant une activité régulière ou justifiant une inscription sociale à l'extérieur. Ils doivent être dans un désir d'expérimentation d'une vie quotidienne plus autonome.

La durée maximale du séjour est de 1 an (6 mois renouvelable une fois) que le patient peut arrêter à tout moment.

Les patients vivent en colocation seuls sans la présence quotidienne de soignants : ils sont donc autonomes. Une rencontre mensuelle avec les référents appartements en lien avec la référence des soins permet d'aborder les questions logistiques, de travailler les difficultés relationnelles, d'accompagner le patient à recourir aux ressources extérieurs à la cliniques.

Les objectifs de l'appartement Relais :

- ✓ Permettre au jeune de gagner progressivement en autonomie
- ✓ Favoriser l'insertion dans la cité et l'accès au logement
- ✓ Travailler la socialisation et la démarche « projet »

L'appartement relais, est un dispositif qui permet pour certain patient de conduire à son terme leur parcours de soins dans l'établissement.

3. LE CENTRE DE PSYCHANALYSE

A. L'AXE STRATEGIQUE

Le centre, créé en 2012, s'inscrit dans la politique de diversification de la clinique, notamment vers des prises en charge ambulatoires.

Il a également permis de renouer avec la référence scientifique d'origine de Dupré, mais dans une démarche plurielle puisque de façon concomitante la clinique créait une activité systémique (addictologie) et renforçait les prises en charge familiales dans les unités d'hospitalisation.

Cette offre de soin permet d'éviter une dégradation de l'état psychique de certains patients (prévention secondaire ou tertiaire) après une hospitalisation ou pour éviter une hospitalisation.

B. MISE EN ŒUVRE

→ INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET SOINS PROPOSES :

- ✓ Les patients pouvant être accueillis, de 15 et 25 ans, présentent un large spectre de troubles de la personnalité.
- ✓ Les soins sont adaptés à ces moments de transition présentant tout particulièrement des risques de destructivité.
- ✓ Sont proposées des psychothérapies analytiques individuelles et un psychodrame analytique individuel.
- ✓ Il restera possible de développer des prises en charge en psychothérapies familiales ce qui implique l'embauche d'analystes formés à ces méthodes.

→ STRUCTURATION DE LA PRISE EN CHARGE :

- ✓ Les psychanalystes du centre sont affiliés à la SPP (société psychanalytique de Paris) ou APF (Association psychanalytique de France) ou encore SPRF (Société Psychanalytique de Recherche et de Formation). Ils sont adhérents à l'API (association psychanalytique internationale)
- ✓ La reconnaissance légale de ces sociétés ainsi que les conditions d'accès strictes à la fonction de psychothérapeute assurent une garantie de qualité des prises en charge
- ✓ Les prises en charge sont différenciées et complémentaires de celles qui peuvent être proposées au sein de CMP ou CMPP
- ✓ L'adressage des patients se fait par le réseau, par des partenariats, des correspondants comme le Relais Dupré, qui sert souvent de « sas d'évaluation » entre une indication primaire (infirmière scolaire, professeur, assistante sociale...) et le Centre de psychanalyse.

→ ACTIVITE SCIENTIFIQUE, RECHERCHE ET FORMATION

Le centre a créé un partenariat avec le Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP-EA 4056), Université Paris Descartes. Le protocole, déjà très avancé, vise à évaluer les processus de changement au cours des psychothérapies analytiques d'adolescent et jeune adulte.

Le centre a déjà organisé 3 journées scientifiques en 2015, 2016 et 2017, permettant un échange scientifique avec d'autres professionnels intéressés par les questions psychanalytiques. L'édition 2019 aura pour thème « les marques du corps à l'adolescence ».

Les actes de la première journée de 2015 ont été publiés dans la revue Adolescence.

Un projet de formation sous forme de séminaires avait été mis en place au démarrage du centre. Il a vocation à être réactivé tant sous forme de séminaires que de supervisions.

→ **STRUCTURATION DU CENTRE :**

Les différentes fonctions de régulation ont été inscrites dans le fonctionnement du centre :

- ✓ Fonction de régulation institutionnelle et fonction hiérarchique au travers du coordinateur médical de Dupré, par ailleurs psychanalyste
- ✓ Fonction de coordination scientifique au travers de Mme AISENSTEIN, ancienne présidente et membre formateur de la SPP
- ✓ La fonction de régulation clinique doit faire l'objet d'une redéfinition.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI :

- ✓ Préserver les moyens pour faire vivre et développer le centre.
- ✓ Poursuivre les journées scientifiques.
- ✓ Accueillir des stagiaires et collègues en formation.
- ✓ Poursuivre l'activité de recherche.

4. L'ADDICTOLOGIE

A. AXE STRATEGIQUE

La clinique Dupré a intégré en 2012, grâce à un financement de l'ARS, et en lien avec le centre Pierre Nicole de la Croix Rouge Française, une équipe d'addictologie, encadrée par le Dr Olivier PHAN. Cette unité est spécialisée dans la prise en charge des jeunes de 12 à 25 ans présentant des conduites addictives avec et sans substances (jeux vidéo), et mène des programmes de travail dans les domaines de la prévention, de la formation et de la recherche.

Dès l'origine il était prévu la création d'une unité hospitalière pour jeunes présentant une addiction sévère et un trouble psychiatrique associé. Les contraintes budgétaires et les choix de l'ARS n'ont pas permis l'aboutissement du projet initial dans les temps. Pour autant dans le cadre du CPOM négocié par le directeur général, une évolution capacitaire et un transfert financier entre établissements de la FSEF vont permettre la création d'une unité de 10 lits, probablement fin 2019.

B. MISE EN ŒUVRE

→ CREATION D'UNE UNITE HOSPITALIERE :

Dans le cadre de la mise en œuvre du CPOM francilien de la FSEF, l'unité verra le jour fin 2019.

Les patients seront des jeunes de 15 à 21 ans présentant des conduites addictives liées aux écrans et/ou aux produits (cannabis) avec des co-morbidités psychiatriques. Dans le cadre de l'agrément de psychiatrie générale, nous souhaitons accueillir des patients à partir de 15 ans. Les séjours seront de six mois, renouvelable une fois.

La prise en charge s'articulera autour du soins-études avec quelques spécificités, en particulier une place importante de la thérapie familiale, et l'inclusion d'activités de remédiations cognitives et de remobilisation.

L'unité étant de taille modeste (dix lits) avec des moyens soignants limités, il conviendra de mettre en place une organisation de la prise en charge adaptée. L'inclusion d'une prise en charge différenciée, pour des patients ayant un profil nouveau, avec des professionnels ayant des positions différentes, sera un enjeu fort pour l'institution.

→ POURSUITE DE LA LIAISON :

Le service d'Addictologie poursuit son activité de liaison débutée en 2012. Chaque service de la clinique Dupré est en lien avec un référent du service addictologie. Sur l'ensemble des services, ce sont à peu près 80 patients qui sont adressés annuellement au service d'addictologie.

A noter que la mise en place de cette liaison a permis d'affiner la qualité de la prise en charge de ces patients, mais aussi de faciliter leur intégration dans la clinique. En effet avant l'arrivée de l'unité d'addictologie dans la clinique et faute de compétences adéquates, la consommation de toxiques était souvent une cause d'arrêt de la prise en charge en raison de l'absence de compliance aux soins, et du risque important de prosélytisme.

→ POURSUITE DE LA CONSULTATION EXTERNE :

La consultation créée en 2012 accueille les adolescents et jeunes adultes. Les jeunes, au même titre que les parents, peuvent venir seuls ou ensemble en consultations. Lors du premier entretien avec l'adolescent et/ou ses parents, une évaluation psychopathologique et un bilan de consommation et des conduites addictives sont effectués, puis une orientation et un accompagnement psychothérapeutique et/ou psychiatrique sont envisagés en individuel et/ou famille. Le Centre d'Addictologie propose plusieurs types de prises en charge psychothérapeutiques :

- ✓ La psychothérapie individuelle proposée fait référence aux types de prise en charge suivants : entretiens motivationnels, psychothérapie cognitivo-comportementale centrée sur les consommations, psychothérapie centrée sur les émotions et techniques EMDR.

- ✓ La psychothérapie familiale d'inspiration systémique : Thérapie Familiale Multidimensionnelle (MDFT) centrée sur l'adolescent présentant des conduites addictives.

→ DEVELOPPEMENT DES PROGRAMMES DE FORMATION :

Dans le cadre du plan gouvernemental français 2013 – 2017, la méthode MDFT a été recommandée pour les adolescents présentant des conduites addictives sévères avec comorbidité psychiatrique et troubles du comportement associés. Sous l'impulsion de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives) et de la Direction Générale de la Santé, le service d'Addictologie de la clinique Dupré, qui est l'unité référente en thérapie MDFT, a pour mission de poursuivre l'évaluation de la MDFT dans d'autres domaines et de former à la MDFT d'autres CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) désignées par la MILDECA/DGS (Direction Générale de la Santé), ainsi que des centres de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse).

L'équipe forme également des magistrats de l'École Nationale de la Magistrature ou des membres de l'Éducation Nationale.

Dans le cadre de son développement, l'équipe proposera des sessions de formations dont les premières sessions seront :

- ✓ Formation des animateurs de prévention :
 - Repérage précoce, prévention secondaire dans le domaine de l'alcool, du cannabis et des jeux vidéo.
- ✓ Formations à la prise en charge des conduites addictives à l'adolescence :
 - Prise en charge individuelle ; évaluation, entretien motivationnel, prise en charge précoce.
 - Formation à la MDFT (Multidimensional family therapy).

→ DEVELOPPEMENT DES PROGRAMMES DE PREVENTION :

En lien avec la Consultation Jeunes Consommateurs du Centre Pierre Nicole de la Croix-Rouge Française, l'unité d'Addictologie assure des missions de prévention en direction des jeunes :

- ✓ **Programme manga KUSA** centré sur les émotions et la consommation de cannabis.
- ✓ **Programme DOKAV** : prévention du « binge drinking » destinée aux étudiants et lycéens.
- ✓ **Programme ARCADE / PELLEAS** : prévention des abus d'écrans en partenariat avec l'Éducation Nationale. Le programme a été validé par le rectorat de Paris et est inscrit dans le programme de formation continue du rectorat de Paris. Ce programme développe le repérage, la prise en charge et l'orientation des élèves présentant une addiction aux écrans.
- ✓ **Prévention et formation au repérage précoce – Programme Peer Care** : ce programme, soutenu par la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives), est porté par la Croix-Rouge Française en partenariat avec la clinique Dupré. Il vise à former et superviser des étudiants au repérage et aux premières prises en charge des conduites d'Alcoolisations Ponctuelles Importantes dans les campus universitaires et les grandes écoles.

A. AXE STRATEGIQUE

Le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la démarche qualité et s'inscrit dans les priorités de la clinique Dupré. La politique des droits du patient consiste en une intégration quotidienne des notions qui s'y rattachent, mettant en avant les droits du patient comme une orientation stratégique à part entière de l'établissement.

La politique porte les notions de respect des libertés, de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité et de l'information du patient et sa famille comme des préalables à une prise en charge de qualité.

Cela se traduit par la mise à jour régulière de nos supports ainsi que la transmission systématiquement des informations qui permettent au patient et à son entourage de connaître et de jouir de leurs droits.

B. RÉFÉRENCES

- ✓ Charte personne hospitalisée
- ✓ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ✓ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- ✓ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- ✓ Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé
- ✓ Décret n°2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la commission médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique
- ✓ Critères du manuel de certification des établissements de santé V2010 (critères 10, 11 et 12).

C. RESPONSABILITÉS INSTITUTIONNELLES

→ LA COMMISSION DES USAGERS :

La CDU est composée du directeur, du coordinateur médical, de 4 représentants des usagers, d'un cadre de santé et du responsable qualité gestion des risques. La commission des usagers :

- ✓ Veille au respect des droits des usagers :
 - Examen des litiges mettant en cause la politique d'accueil et de prise en charge des malades de l'établissement.
 - Assurance que les usagers et leurs proches puissent exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement.
 - Accompagnement des usagers et de leurs proches dans leurs démarches et information des suites de leurs demandes.
 - Vérification que les explications des responsables de l'établissement soient entendues.
- ✓ Fait des propositions à la direction de l'établissement pour améliorer l'accueil et la prise en charge des malades et de leurs proches.
- ✓ Est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge.
- ✓ Est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement et peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée.

- ✓ A accès à la liste des événements indésirables graves survenus ainsi qu'aux actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier, dans le respect de l'anonymat des patients.
- ✓ Dispose d'un droit d'autosaisine et de suite sur les sujets qualité et sécurité des soins traités par la CME.
- ✓ Assure le recueil des observations des associations bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement.
- ✓ Peut formaliser un projet des usagers qui exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. Ce projet des usagers est proposé par la CDU au directeur en vue de l'élaboration du projet d'établissement, de la politique médicale ou du projet institutionnel.
- ✓ L'auteur d'une plainte ou d'une réclamation peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R.1112-93, d'un représentant des usagers.

→ **GROUPE DE TRAVAIL PROCESSUS « DROITS DU PATIENT – BIENTRAITANCE » :**

Les copilotes du processus « droits du patient – bientraitance » sont nommés par le Directeur et le Coordinateur Médical. Ils coordonnent la démarche qualité gestion des risques afférente à cette thématique : état des lieux, cartographie des risques, mise en place et suivi des plans d'action en cohérence avec la politique institutionnelle. Ce groupe pluridisciplinaire est composé de médecins, du cadre supérieur de santé, d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés et du responsable qualité gestion des risques. Il se réunit à un rythme régulier.

→ **GROUPE ETHIQUE DE LA FSEF :**

Le groupe éthique de la FSEF élabore une réflexion et formule des avis en réponse à des questions se présentant au sein des établissements de la fondation. Chaque établissement de la FSEF désigne un référent pour participer au groupe national.

D. RECUEIL DE L'EXPRESSION DIRECTE DES PATIENTS

La clinique Dupré met en place le recueil de l'expression directe des patients via différents canaux.

→ **REUNION SOIGNANTS – SOIGNES :**

La réunion soignants-soignés fait partie intégrante du projet de soins de chacune des unités. Ce temps de réunion permet de rassembler l'ensemble des patients et des soignants présents.

Elle est co-animée par les soignants et le cadre de santé, et/ou le psychologue suivant les services. Les médecins peuvent y assister, selon les sujets abordés et les préoccupations du service. Sa durée est de 30 minutes à 1heure, elle est suivie d'un temps de post-groupe pour les professionnels.

Les objectifs : ce temps de soin et d'échanges permet d'aborder des sujets liés à la vie du groupe dans le cadre de l'hospitalisation, et de la vie en collectivité. Pour certains jeunes, il s'agit d'une première expérience de la vie en dehors du domicile familial.

On y aborde par exemple :

- ✓ La vie institutionnelle (ex : représentation théâtrale, temps de regroupement, etc.).
- ✓ Les relations soignants-soignés.
- ✓ Les relations entre les jeunes hospitalisés.
- ✓ La vie en collectivité (état des sanitaires et des lieux communs).
- ✓ Les suggestions d'activités.
- ✓ Les plaintes des patients.

Ethique de la réunion : durant ces réunions ne sont pas abordés les sujets d'ordre individuel, personnel, intime ou médical, qui sont travaillés dans le cadre des entretiens médicaux.

Certains services proposent :

- ✓ une préparation de la réunion en amont avec une concertation de 2 patients « délégués » avec le cadre de santé par exemple.
- ✓ Une boîte à idées.
- ✓ Un cahier rempli par un patient lors de la réunion pour tracer les échanges.

→ **COMMISSION RESTAURATION :**

La commission restauration est une réunion d'expression directe des usagers en ce qui concerne la restauration de l'établissement. Elle permet ainsi de partager les points forts et améliorations attendues par les patients.

→ **ENQUETES DE SATISFACTION :**

Au travers de diverses enquêtes, les patients ont la possibilité de s'exprimer de façon anonyme.

- ✓ Une enquête de satisfaction est distribuée annuellement aux patients. Elle leur permet d'exprimer leur satisfaction concernant l'admission, les soins, la place de la famille, le secteur hôtelier / logistique, la vie en communauté et les études au sein de l'établissement.
- ✓ Des enquêtes de satisfaction plus ciblées sont également distribuées aux patients. Elles permettent aux patients de s'exprimer en détail sur une thématique donnée (ex : prise en charge de la douleur).

E. MISE EN ŒUVRE

→ **INFORMATION DU PATIENT :**

La clinique Dupré veille à l'information du patient quant à ses droits tout au long de sa prise en charge, et ce dès les rendez-vous de pré-admission à travers la présentation et l'explication du livret d'accueil.

→ **ETHIQUE :**

Les professionnels ont pour responsabilité d'adopter une prise en charge éthique, dans un souci de promotion de la bientraitance des patients et du respect de leurs libertés individuelles.

→ **SECRET MEDICAL ET CONFIDENTIALITE :**

Le règlement intérieur du personnel précise l'obligation de chaque professionnel à respecter le secret médical et la confidentialité des informations en lien avec les patients.

→ **RESTRICTIONS DE LIBERTE :**

Les patients hospitalisés au sein de l'établissement sont en hospitalisation libre. La clinique Dupré n'accueille pas de patient sans consentement et ne dispose pas de chambre d'isolement.

Dans le cadre du processus d'admission, un aménagement des allers et venues est mis en place sur une période d'observation. Cet aménagement fait l'objet d'une prescription médicale et est réévalué toutes les 24 heures.

En fonction de l'état de santé des patients, sur prescription médicale et suite à l'évaluation bénéfique/risque, l'unité post-aigüe (UPA) a la possibilité de fermer le service. Cette mesure de restriction de liberté est réévaluée au bout de 24 heures. Les patients présents à l'UPA et ne faisant pas l'objet de cette restriction de liberté sont libres d'aller et venir au sein du service.

→ LE TEMPS DE REFLEXION :

Il tient son origine de la culture liée à la valence soins-études dans les établissements de la Fondation Santé des Etudiants de France : disciplinarité, exclusion, pour les élèves attaquant le cadre de l'Education Nationale.

Les missions du soin et les réponses aux attaques du cadre ont une approche différente. Il n'est pas possible de les superposer avec l'Education Nationale.

Le temps de réflexion : forme de sortie en relation avec une attaque du cadre, est une proposition soulignant une faille dans l'alliance thérapeutique.

Il fait suite à un agir du patient qui par-là dénonce le contrat de soin posé à l'entrée.

Il se décide si le patient n'est pas en danger pour lui-même et/ou pour autrui (évaluation du bénéfice/risque).

L'équipe de référence, en l'occurrence, le médecin chef de service, après concertation avec l'équipe soignante élargie (soignants, autres médecins, cadre de santé), rencontre le patient lors d'un entretien médical, où l'annonce du temps de réflexion, les raisons, les objectifs, la mise en place et la durée sont explicités.

Le plus souvent la famille est prévenue, un entretien familial en urgence est programmé. Le psychiatre extérieur est informé.

Durant cette période de réflexion, le patient est amené à réfléchir à son acte, et à ce qu'il attend des soins. Il lui est demandé d'écrire une lettre pour mettre en forme sa pensée, ses objectifs, en vue de réintégrer ou pas, le service où il est hospitalisé, lors d'un entretien programmé en présence de sa famille.

L'équipe soignante, de son côté, a à réfléchir à ce qu'il vient de se passer. A proposer des réponses en vue d'accompagner autrement le patient dans les soins, afin de ne pas répéter les mêmes modalités ou rencontres qui parfois peuvent être à l'origine de malentendus.

Si les raisons de la mise en place du temps de réflexion sont d'ordre médico-légal : il s'organise avec le coordinateur médical, une rencontre du patient, des parents, en présence de l'équipe soignante de référence. C'est à l'équipe de référence de solliciter cette rencontre. Ces étapes sont précieuses pour réguler les agir et attaques du cadre de soin chez nos patients à l'adolescence. Ces derniers s'expriment le plus souvent sur le mode de l'agir plutôt qu'à travers une pensée construite, tout particulièrement quand ils sont sur le plan émotionnel en opposition.

D'une manière générale, le temps de réflexion de part et d'autre (patient, équipe soignante, famille) a une fonction de pare excitation, il apaise le patient, comme l'équipe, parfois prise dans des réponses en miroir. Il a une fonction protectrice, évite les passages à l'acte crescendo et intègre la famille dans le projet de soins individualisé du patient.

→ EXPRESSION DES PATIENTS :

La clinique Dupré encourage les patients à exprimer tout dysfonctionnement relatif au non-respect de leurs droits. Une organisation est en place visant à l'écoute du patient par les professionnels des services, l'encadrement, la direction et la commission des usagers. Le patient est informé des modalités d'expression à travers le livret d'accueil ainsi qu'un affichage des missions et coordonnées des représentants des usagers.

→ CONSENTEMENT DU PATIENT :

Le consentement du patient à son projet thérapeutique est systématiquement recherché.

→ ACCUEIL DES PROCHES :

L'accueil, l'accompagnement et l'implication des proches dans la prise en charge des patients sont une préoccupation constante des équipes de soins à toutes les étapes de la prise en charge du patient.

Des groupes de paroles réunissant les parents et les soignants sont organisés dans plusieurs unités (HDJ et UPA), nous souhaitons développer ces dispositifs pour les parents des patients hospitalisés mais aussi pour les familles des patients consultant au Relais ou des familles Scéennes.

→ FORMATION DES PROFESSIONNELS :

De façon à accompagner l'amélioration continue des pratiques, des actions de sensibilisation et de formation sont organisées pour les professionnels.

F. OBJECTIFS

- ✓ Former les professionnels de santé aux droits du patient (droits fondamentaux de la personne, droit à l'information et recueil du consentement, confidentialité et secret professionnel, accès au dossier médical, etc.).
- ✓ Former les professionnels à la lutte contre la maltraitance et à la promotion de la bientraitance.
- ✓ Favoriser l'écoute du patient.
- ✓ Renforcer le rôle et l'implication des familles tout au long de la prise en charge du patient.
- ✓ Recueillir la satisfaction des parents au travers d'une enquête.
- ✓ Développer les groupes de parole (famille et équipe) dans toutes les unités et ambulatoire.
- ✓ Poursuivre l'évaluation de la satisfaction du patient en lien avec la CDU et optimiser la gestion des plaintes, des réclamations et des éloges.
- ✓ Poursuivre les actions en lien avec la thématique.
- ✓ Poursuivre les évaluations en lien avec la thématique (audits, enquête, etc.).
- ✓ Améliorer l'information donnée sur les représentants des usagers et les moyens de recours aux médiateurs ou à la CDU.

G. INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Taux de satisfaction des patients.
- ✓ Nombre de FSEI en lien avec les droits du patient.
- ✓ Rapport d'activité de la CDU.
- ✓ Nombre de plaintes et réclamations écrites.
- ✓ Nombre d'éloges écrits.
- ✓ Nombre d'évaluations en lien avec la thématique.

A. AXE STRATEGIQUE

Le dossier patient est un outil indispensable à la prise en charge des patients et à la coordination des soins et des acteurs intervenant dans cette prise en charge.

Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé, le dossier patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tous les patients accueillis dans l'établissement.

Le dossier patient garantit :

- ✓ La coordination des soins et le partage des informations autour du patient.
- ✓ La qualité et la sécurité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle.
- ✓ La traçabilité de toutes les actions effectuées (dispositif de communication entre les acteurs de soins et les patients).

B. RÉFÉRENCES

- ✓ Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- ✓ Manuel de certification V2010 – critères 14a « gestion du dossier patient » et 14b « accès du patient à son dossier ».

C. MISE EN ŒUVRE

→ DOSSIER PATIENT :

La clinique Dupré dispose du logiciel informatisé Emed. Cependant Emed ne permet pas à l'établissement d'assurer une informatisation complète du dossier patient et ne permet pas d'optimiser le parcours de soins dans son intégralité (rupture de séjour sortie de plus de 48h).

Toutefois, notre dossier patient informatisé intègre la majorité des éléments réglementaires d'un dossier patient, nous avons des améliorations à travailler tant en terme de fonctionnalité du logiciel qu'en terme de traçabilité des informations par les professionnels.

La DSI (Direction du Système d'Information) de la FSEF a statué sur le déploiement d'un nouveau logiciel dossier patient informatisé pour 2019 qui devrait être une source d'amélioration tant en termes de fonctionnement qu'en termes de recueil de l'information. Le logiciel HM (Hopital Manager) a été retenu. Dupré est très impliqué dans la politique de déploiement (établissement pilote, présence au COPIL, un expert paramétrage formation à Dupré, un médecin référent national).

→ EVALUATION DU DOSSIER PATIENT :

Des audits et évaluations sont réalisées régulièrement :

- ✓ Tous les dossiers des patients sortis sont audités par la TIM (Technicienne d'Information Médicale) via une grille d'audit reprenant plus de 80 critères d'évaluation.
- ✓ Des audits de dossiers patients ponctuels ou réguliers sont réalisés par la TIM (traçabilité prise en charge de la douleur, critères d'allergie, etc.) dans le cadre de certaines instances ou groupe de travail.

→ GROUPE DOSSIER PATIENT :

Un groupe de travail pluridisciplinaire « dossier patient - identitovigilance » composé de médecins, référent IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) de chaque unité de soins, cadres de santé, IDE, TIM, secrétaires médicales, etc. se réunit régulièrement pour travailler à l'amélioration et à la sécurisation du dossier patient au sein de l'établissement.

→ ARCHIVAGE DES DOSSIERS PATIENTS :

Au 1^{er} semestre 2017, la clinique Dupré a effectué une rénovation complète des archives médicales. Elle s'est dotée d'un nouveau logiciel de gestion des archives médicales avec un plan d'indexation et un classement des dossiers patient papier par numéro IPP (Identifiant Permanent du Patient).

La mise en place du nouveau logiciel de gestion des archives médicales a permis à la clinique Dupré de repenser le mode d'archivage des dossiers dans son intégralité.

D. OBJECTIFS

- ✓ Déployer le nouveau logiciel dossier patient permettant :
 - une numérisation complète des informations administratives, médicales et paramédicales,
 - une exhaustivité de la traçabilité la prise en charge des patients,
 - le partage d'informations entre professionnels habilités,
 - le respect du délai de transmission de la lettre de liaison au patient lors de sa sortie,
- ✓ Poursuivre les audits en lien avec le dossier patient,
- ✓ Améliorer le délai de réponse aux demandes d'accès au dossier patient (de plus et moins de 5 ans),
- ✓ Déployer le dossier patient informatisé aux services ambulatoires.

E. INDICATEURS DE SUIVI

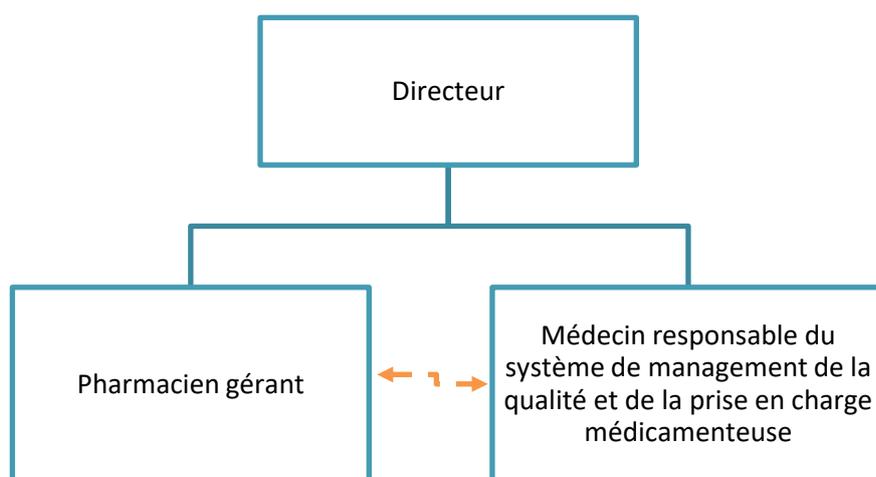
- ✓ Taux d'informatisation du dossier patient.
- ✓ Critères audit dossier patient.
- ✓ Nombre de demandes d'accès au dossier patient de plus et moins de 5 ans.
- ✓ Délai de réponse aux demandes d'accès au dossier patient (de plus et moins de 5 ans).

CHAPITRE 8 : PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE – POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Cette politique s'appuie sur l'engagement du Directeur Général ainsi que la CME de la clinique DUPRE. Elle a pour but de mettre en évidence les orientations stratégiques et les axes d'améliorations entrant dans la démarche de sécurisation du médicament. Les évènements indésirables, la réglementation en vigueur (arrêté du 31 mars 1999, livre V de la santé publique, décret du 30 août 2010, arrêté du 6 avril 2011, etc.) ainsi que les recommandations de la HAS ont également été pris en compte lors de l'élaboration de ce projet.

I. MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

→ **ORGANIGRAMME :**



→ **PROCESSUS :**

Le circuit du médicament en établissement de santé est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par différents professionnels :

- ✓ la prescription : un acte médical ;
- ✓ la dispensation : un acte pharmaceutique ;
- ✓ l'administration : un acte infirmier ou médical ;
- ✓ le suivi et la réévaluation : un acte infirmier ou médical.

Par conséquent, ce circuit pluridisciplinaire est jalonné d'interfaces multipliant ainsi le risque d'erreur. A chacune de ces étapes l'établissement a formalisé, ou est en cours de formalisation, des règles de bonnes pratiques dans un objectif d'amélioration continue :

→ **Le processus clinique de la prise en charge médicamenteuse :**

- Le circuit du médicament est informatisé depuis 2010 (prescription-dispensation-administration).
- La délivrance des médicaments: délivrance nominative reglobalisée : les médicaments sont délivrés sur la base d'une commande informatique faite à partir de plans de cueillettes.
- La gestion des dotations dans les secteurs d'activité clinique (liste des dotations par services, fermeture des armoires, retours de médicaments non utilisés, fréquence de vérification des armoires, etc.).
- La surveillance thérapeutique du patient (traçabilité de cette surveillance dans le dossier informatique du patient, etc.).

→ **Le processus logistique du médicament :**

- Le rangement des produits à la pharmacie centrale (emplacement des produits, etc.).
- Le transport des médicaments (responsabilité, conditions de sécurité et d'hygiène, etc.).

→ **Le processus d'évaluation et de traitement des dysfonctionnements :** audits du circuit du médicament, procédure écrite de signalement, traitement et analyse des événements indésirables.

→ **INSTANCE :**

Une Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) est mise en place dans l'établissement. Cette instance est une sous-commission de la CME, elle doit faire valider par cette dernière le rapport d'activité et le programme d'action.

La COMEDIMS participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement. Elle est partie prenante dans la mise en place du Contrat de Bon Usage du Médicament son rôle est défini dans un règlement intérieur (« Charte COMEDIMS »).

II. DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

→ **PRISE EN COMPTE DU CAQES :**

L'établissement a signé en 2018 le **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins (CAQES)** avec l'ARS dont les principaux objectifs sont :

- ✓ Améliorer et sécuriser de façon continue la prise en charge thérapeutique du patient.
- ✓ Maîtriser les utilisations hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) -hors RTU (Recommandations Temporaires d'Utilisation) de l'ensemble des médicaments.
- ✓ Former l'ensemble des personnels à la qualité et à la sécurité d'utilisation des produits de santé.
- ✓ Déployer l'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative des traitements médicamenteux :
 - Développement de la gestion des risques liés aux médicaments.
 - Maîtriser l'évolution des dépenses des PHEV (Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville) de produits de santé.

→ **EVALUATION EXTERNE :**

L'ensemble du circuit du médicament a été audité en 2015 par les experts visiteurs HAS.

→ **EVALUATION INTERNE :**

Afin d'évaluer notre démarche d'amélioration continue du circuit du médicament, plusieurs audits sont effectués par le pharmacien gérant en lien avec le service qualité et gestion des risques de l'établissement.

Ces audits concernent notamment :

- ✓ La prescription hors AMM-hors RTU.
- ✓ La traçabilité de l'administration.
- ✓ La tenue des armoires de pharmacies des services et les sacs de secours.
- ✓ Archimed (Analyse des risques liés au Circuit Hospitalier inhérent aux MEDicaments).

→ **PROCEDURE ET PROTOCOLE :**

Afin d'homogénéiser et sécuriser les pratiques, de nombreux protocoles et procédures ont été ou sont en cours de formalisation. Ils permettent de définir les conduites à tenir à chacune des étapes

du circuit (prescription, dispensation, conservation, transport, administration, etc.). Ceux-ci ont été validés par la COMEDIMS et sont mis à disposition des professionnels sur YES (le logiciel de gestion documentaire).

→ **OUTIL A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS :**

Des outils validés par la COMEDIMS et la CME sont mis à disposition des professionnels :

- ✓ Outils d'aide à la décision : recommandations de bonnes pratiques et guides, protocoles thérapeutiques, données pharmaco économiques, VIDAL.
- ✓ Outils d'aide à la préparation des traitements (recommandations sur conservation des médicaments, précautions d'emploi).
- ✓ Livrets thérapeutiques de l'établissement (Médicaments – Dispositifs Médicaux).
- ✓ Liste validée des médicaments « à risques » (HBPM : Héparines de Bas Poids Moléculaire, insulines).
- ✓ Liste de correspondance Princeps-génériques (intégrée au livret du médicament).

→ **EVENEMENTS INDESIRABLES**

L'établissement sensibilise régulièrement les professionnels à déclarer les événements indésirables en lien avec la prise en charge médicamenteuse (réunion institutionnelle, réunion de cadre, réunion médicale, BIP (Bulletin d'Information du Personnel), etc.).

Une charte d'engagement de la clinique Dupré sur la gestion des événements indésirables a été cosignée par le directeur, le président de CME, le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins et le cadre supérieur de santé. Cette charte indique notamment la non sanction des professionnels en cas de déclaration d'événements indésirables.

Certaines déclarations d'événements indésirables font l'objet d'une analyse approfondie des causes avec la méthode ALARM lors de CREX (Comité de retour d'expérience).

→ **SUIVI D'INDICATEUR**

Pour améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient et répondre aux objectifs définis dans le CAQES, plusieurs indicateurs ont été sélectionnés :

Type d'indicateur	Référent
Taux de conformité des prescriptions hors AMM-hors RTU	Pharmacien
Indicateurs définis dans le CAQES	Pharmacien
Taux de conformité de tenue des armoires à pharmacie dans les services	Pharmacien
Conformité de la traçabilité de l'administration des médicaments	Pharmacien

III. OBJECTIFS A COURT, MOYEN ET LONG TERME

→ **COURT ET MOYEN TERME**

- ✓ Maintenir le suivi des engagements et des indicateurs du CAQES.
- ✓ Continuer de mettre à jour et diffuser au corps médical les protocoles thérapeutiques et les référentiels de bon usage.
- ✓ Effectuer une analyse des processus (ARCHIMED) et identifier les points critiques du circuit.
- ✓ Continuer d'assurer la veille réglementaire (arrêté du 6 avril 2011).
- ✓ Développer la formation et la sensibilisation des professionnels, notamment les nouveaux arrivants (iatrogénie médicamenteuse, erreurs médicamenteuses, bonnes pratiques du circuit du médicament, etc.).
- ✓ Etablir et diffuser la liste des molécules « à risques », en concertation avec la CME.
- ✓ Démarrer l'atelier du médicament destiné aux patients.

Le plan d'action d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, validé en COMEDIMS, est intégré au plan global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Celui-ci est mis à jour en fonction de l'évolution de la réglementation, des événements indésirables, des résultats d'audits, etc. Il permet d'identifier les pilotes en charge de la mise en œuvre des actions d'amélioration, les échéances prévues et les indicateurs de suivi.

→ **LONG TERME**

- ✓ Continuer la sensibilisation des professionnels sur la bonne prescription chez les patients à risque.
- ✓ Développer d'avantage la dispensation nominative.
- ✓ Développer le fonctionnement des CREX.
- ✓ Mettre en place la conciliation médicamenteuse.

A. INTRODUCTION

La lutte contre la douleur constitue un véritable enjeu de santé publique. La prise en charge de la douleur est une dimension essentielle de la démarche qualité et s'inscrit dans les priorités de la clinique Dupré.

B. RÉFÉRENCES

- ✓ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- ✓ Critères du manuel de certification des établissements de santé V2010 (critère 12a).

C. MISE EN ŒUVRE

Au sein de la clinique Dupré, la prise en charge de la douleur est intégrée tout au long du parcours du patient.

En effet, l'évaluation de la douleur est systématiquement recherchée lors des entretiens de préadmission et d'admission par un médecin psychiatre.

Lors de son admission au sein de l'établissement, l'évaluation de la douleur est également recherchée par l'équipe soignante lors du recueil de données à l'entrée mais également par le médecin somaticien lors de l'entretien somatique d'entrée du patient.

Les évaluations de la douleur sont systématiquement tracées dans le dossier patient.

Tout au long de la prise en charge du patient, les équipes médicales et soignantes sont formées à la prise en charge de la douleur. Des évaluations régulières de la douleur sont réalisées à l'aide d'une échelle définie et validée (EVA : Echelle Visuelle Analogique).

De façon à accompagner l'amélioration continue des pratiques, des actions de sensibilisation et de formation sont organisées pour les professionnels.

→ **RESPONSABILITÉS INSTITUTIONNELLES**

✓ **Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) :**

Le CLUD est une sous-commission de la CME. Le président du CLUD est nommé par le directeur et le coordinateur médical de la clinique. En plus du président, le CLUD est composé du médecin somaticien, du pharmacien, du cadre supérieur de santé et des référents douleur des unités de soins.

Le CLUD a pour missions :

- De coordonner la démarche qualité gestion des risques afférente à la thématique « prise en charge de la douleur » (évaluations, amélioration des pratiques, suivi des actions, etc.).
- De suivre et mettre à jour la thématique « prise en charge de la douleur » à partir du compte qualité.

✓ **Les référents douleurs dans les unités de soins :**

Un référent douleur est présent dans chaque service de la clinique. Il a pour missions :

- D'assurer le relais de l'information ascendante et descendante entre le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) et le personnel du service auquel il appartient.
- De sensibiliser le personnel du service aux différents aspects de la prise en charge de la douleur.
- D'accompagner la mise en œuvre des procédures et des protocoles en lien avec l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

- De recenser les difficultés et les besoins en portant une attention particulière aux différents aspects de la prise en charge de la douleur auprès des patients et des soignants.
- D'informer les membres de l'équipe sur les résultats des audits en lien avec la douleur et des actions d'amélioration.
- D'accompagner la formation des nouveaux arrivants à la prise en charge de la douleur.

Cependant, le référent douleur n'est pas considéré comme le seul responsable de l'organisation de la prise en charge de la douleur du patient au sein du service de soins. L'évaluation de la douleur, sa prise en charge et sa traçabilité restent à la charge de l'ensemble de l'équipe.

→ **RECUEIL DE L'EXPRESSION DIRECTE DES PATIENTS :**

La clinique Dupré met en place le recueil de l'expression directe des patients concernant la prise en charge de la douleur au sein des unités de soins. Au travers de diverses enquêtes, les patients ont la possibilité de s'exprimer.

- ✓ Une enquête de satisfaction est distribuée annuellement aux patients. Des questions sur la prise en charge de la douleur font parties de l'enquête.
- ✓ Une enquête de satisfaction plus ciblée sur la prise en charge de la douleur est également distribuée aux patients. Elles permettent aux patients de s'exprimer en détail sur la thématique.

D. OBJECTIFS

- ✓ Poursuivre la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur en psychiatrie (médicamenteuse et non médicamenteuse).
- ✓ Améliorer la traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur pour l'ensemble des professionnels.
- ✓ Mener une réflexion sur les alternatives à la prise en charge de la douleur médicamenteuse
- ✓ Mettre en place des actions d'information et d'éducation du patient sur son traitement et la prise en charge de sa douleur.
- ✓ Évaluer en détail la satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur au sein de la clinique.

E. INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Taux de satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur au sein de la clinique
- ✓ Nombre de FSEI en lien avec la prise en charge de la douleur.
- ✓ Traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient :
 - Entretien de pré-admission.
 - Entretien d'admission.
 - Recueil de données à l'entrée par équipe soignante.
 - Entretien somatique d'entrée.
- ✓ Traçabilité de la réévaluation de la douleur dans le dossier patient.
- ✓ % de professionnels formés à la prise en charge de la douleur.

A. AXE STRATEGIQUE

Dupré, par sa taille et sa spécificité, doit pouvoir devenir un lieu d'évaluation des pratiques voire de recherche. Des actions ont été entamées dans les années précédentes (services temps plein, centre de psychanalyse, psychomotricité. Une dimension supplémentaire et plus structurée devra être conduite dans le cadre de ce projet, grâce à l'impulsion qui est menée au niveau de la direction générale (arrivée d'un praticien hospitalier- professeur des universités).

B. MISE EN ŒUVRE

→ PERTINENCE DES SOINS :

Plusieurs axes sont à prendre en considération, ils contribuent à soutenir et à mettre en évidence la pertinence des soins.

✓ La formation professionnelle continue :

La formation professionnelle reste un investissement important d'autant plus que de nombreux salariés de l'établissement sont de jeunes professionnels. Une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels est active dont la formation est un des points fondamentaux.

L'élaboration du plan de formation revêt une importance tout à fait particulière et nous venons d'en revoir le déroulement. Nous mobilisons de plus en plus les médecins chefs de service et les cadres dans cette élaboration. Les entretiens annuels et individuels des salariés étant le moment privilégié permettant d'effectuer le recensement des besoins qu'il s'agisse de formations individuelles ou collectives.

Il n'en demeure pas moins qu'un socle de formations spécifiques est incontournable, il revêt pour certaine un caractère obligatoire.

- La psychopathologie l'adolescent.
- La relation d'aide en psychiatrie.
- Les médiations thérapeutiques.
- La prise en charge des phases aiguës.
- Les soins d'urgence.
- La prise en charge de la douleur.
- La sensibilisation à la thérapie familiale.

La formation professionnelle est un axe fort de la politique des ressources humaines, et l'accent est mis sur les formations collectives permettant aux personnels de toutes les catégories professionnelles d'améliorer leurs compétences. Elle soutient également la politique qualité et gestion des risques. Les actions réalisées en 2017-18 dans ce cadre :

- Formation gestes d'urgence :
 - AFGSU 2 : IDE.
 - Prévention et Secours Civiques de niveau 1.
- Formation sur les droits du patient et la promotion de la bientraitance.
- Colloque sur la sécurisation des établissements de santé.
- Club utilisateur du compte qualité Ile-de-France – Haute Autorité de Santé.
- Formation sur la prévention du harcèlement au travail.
- Formation prise en charge de la douleur.
- Etc.

Perspectives :

Nous souhaitons que les formations collectives, à l'intérieur de l'établissement, dispensées par des intervenants extérieurs puissent rester des actions prioritaires de l'établissement dans le cadre du plan de formation, afin d'homogénéiser les pratiques et permettre à un nombre croissant de soignants d'acquérir les connaissances nécessaires pour améliorer la qualité de soin. Dans ce domaine, le centre de formation de la FSEF constitue un partenaire privilégié.

Il faut également pouvoir maintenir un niveau de formations individuelles à l'extérieur de la clinique en cohérence avec les besoins de l'institution, les projets de services et les formations collectives.

✓ La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) :

Elle a pour objectif premier d'évaluer nos pratiques professionnelles, de vérifier la qualité de nos parcours de soins et de ce fait soutenir la pertinence des soins. La commission EPP est pluridisciplinaire, elle préconise et met en œuvre les thèmes des EPP et soutient les préconisations.

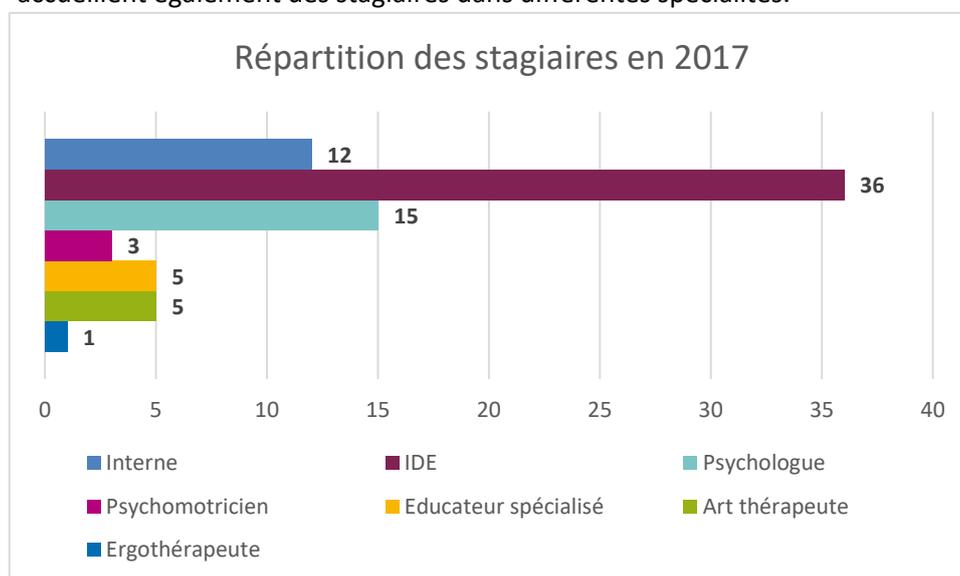
Les actions réalisées en 2017 :

- Présentation de la nouvelle fiche de suivi cardiométabolique des patients sous antipsychotiques à l'ensemble des professionnels des unités de soins.
- Réalisation de l'audit sur le suivi cardiométabolique des patients sous antipsychotique.

✓ L'accueil de stagiaires :

Nous développons une réelle politique d'accueil de stagiaires dans beaucoup de domaines professionnels.

- Interne en médecine spécialisation psychiatrie : nous accueillons chaque année 12 internes.
- Des IDE, nous travaillons avec beaucoup d'IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers (5 à 6). Nous avons en permanence au moins deux étudiants par service. Nous accueillons pour la majeure partie des étudiants de 2^e et 3^e année sur des stages longs le plus souvent.
- Des éducateurs spécialisés, nous travaillons principalement avec deux centres de formations et nous essayons d'avoir au moins un stagiaire par service.
- Des psychologues, le pôle ambulatoire de la clinique avec le Relais, le CATTP accueillent principalement les stagiaires psychologues.
- Les psychomotriciennes, accueillent tous les ans au moins un stagiaire, et ce groupe est très actif, elles organisent également des matinées de réflexion avec leurs collègues de la FSEF et partenaires extérieurs. Deux séances ont été réalisées en 2017-18.
- Les ergothérapeutes et art thérapeutes, à chaque fois que cela est possible elles accueillent également des stagiaires dans différentes spécialités.



Perspectives :

Maintenir et développer ce niveau d'accueil de stagiaires, avec la poursuite de la réflexion sur l'organisation des stages avec les responsables des centres de formation, notamment pour les IDE pour avoir une meilleure coordination. Développer l'accueil de nouveaux types de stagiaires, voire de stages de formation préprofessionnelle pour des publics empêchés.

→ PUBLICATIONS ET ENSEIGNEMENTS :

- ✓ De nombreux professionnels de la clinique ont une activité de publication, la liste n'est pas exhaustive, un certain nombre de travaux sont en cours de publication.
 - **S. BASTE**, *Pratiques d'une art thérapeute*, Ithaque, Paris, 2017
 - **A. BRAULT**, M. R MORO, *De l'individuel au groupe : place et fonction du rythme dans les réaménagements identitaires à l'adolescence*. In : La psychiatrie de l'enfant, N° 61, 1, 2017
 - **M. KACI**, *A l'épreuve de l'absence*. In : Adolescence, N°35, Tome 1, 2017
 - **A. LENJALLEY**, *Vulnérabilités adolescentes et radicalisation*. In : Soins, N°819, 2017
 - M.C PHEULPIN, P. BRUGUIRE, **B. NOIR**, K. BENFREDJ, *Regard et situation projective en clinique adulte*. In : Bulletin de psychologie, N°548, 2017
 - **Ch. PAUMEL**, *Fragilités narcissiques, dégressivité, états limites : Evaluation, prévention et traitement en psychomotricité à partir de l'image du corps, de l'enfance au début de l'âge adulte*. In : Evolutions psychomotrices, N°103, vol 26, 2017
 - **Ch. PAUMEL**, *L'anorexie, sacrifice du corps à l'adolescence et après ?* In : Thérapies psychomotrices : 10 cas cliniques, In Press, Paris, 2017
 - C. BONNAIRE, **O. PHAN**, *Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school*. In: Psychiatry research, 255, 2017
 - **O. PHAN**, **N BASTARD**, C. BONNAIRE, **A. HAR**, Z. SEREHEN, *Jeux vidéo, alcool, cannabis : Prévenir et accompagner son adolescent*. Solar, Paris, 2017
- ✓ D'autre part chaque mardi un séminaire est organisé, il permet à des professionnels de la clinique ou à des partenaires extérieurs, de présenter leurs travaux, des modalités de travail. Un calendrier prévisionnel annuel est établi et il s'adresse à l'ensemble de toutes les équipes soignantes, y compris aux enseignants. En 2017-18, les thèmes ci-dessous ont été abordés :
 - **Clara DELLA LONGA**, Prévention de la radicalisation des jeunes, 17/01/2017
 - **Dr Adrien LENJALLEY**, Vulnérabilités adolescentes et radicalisation, 21/02/2017
 - **Daniel OPPENHEIM**, Préalables aux rencontres avec des adolescents et jeunes adultes tentés par le terrorisme ou qui pourraient l'être, 21/03/2017
 - **Bérengère LOPEZ**, Présentation des actions d'Arpjuh, 18/04/2017
 - **Association Hdante**, Présentation d'un dispositif étudiant, 16/05/2017
 - **Dr Alexandre ESCAUT**, Développement du trouble de la personnalité borderline sous l'éclairage de la théorie de l'attachement, 21/11/2017
 - **Olivier Phan & Alexandre Har**, « L'alliance thérapeutique auprès des adolescents » 2018
 - **Charlotte PAUMEL** De la dépressivité aux états-limites : une grille de lecture à partir de l'image du corps, de l'enfance au début de l'âge adulte (janvier 2018)
 - **Dr Auro LESCHER Lorenza BIANCARELLI** Projeto Quixote, interventions sur le terrain et médiations thérapeutiques auprès des enfants des rues de Sao Paulo (mars 2018)
 - **Isabelle BEGUIER et son équipe** « La prévention en psychiatrie, le visage de la transmission »
 - **Catherine POTEL, Jean José BARANES et Charlotte PAUMEL** « L'adolescent, son corps, ses en-jeux » (juin 2018)
 - **Jessica JOURDAN** « le négatif à l'adolescence » (juillet 2018).

- ✓ Par ailleurs, certains professionnels participent à des enseignements universitaires, interviennent lors de journées ou de congrès, dans certaines sociétés ou groupes de réflexion.
 - Enseignement des internes in situ : cet enseignement est porté par le médecin coordinateur, y sont évoqués les points spécifiques de la psychopathologie de l'adolescence et la conception du soin conduit à la clinique.
 - DU Clinique de l'adolescent : département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris service Pr CORCOS Participation du Dr Benhamou.
 - Journée sur le thème Organisation et indication du soin/étude, Présentation Dr Benhamou « Du normal au pathologique, quel continuum, quelles frontières », janvier 2019 IMM.
 - DU « Thérapies Cognitivo-Comportementales et motivationnelles des addictions » de Paris 8, « Détection et Intervention Précoces des Pathologies Psychiatriques Emergentes du Jeune Adulte et de l'Adolescent » de Paris V. Participation des membres de l'équipe Addictologie aux formations.
 - Participation aux activités scientifiques de la Société Française de Thérapie Familiale.
 - Participation à la Commission santé des jeunes au Conseil Régional d'Ile de France. La mission a élaboré un rapport sur la santé des jeunes afin que le Conseil Régional puisse élaborer son plan action jeunes pour la région.
 - Participation d'Alexandre Har au Groupe de recommandations HAS « Famille et premier épisode psychotique » sous la direction du Dr. Patrick Bantman.

→ **RECHERCHES EN COURS :**

L'équipe médicale de la clinique en lien avec le Pr Godart conduit ou participe à des projets de recherche concernant l'épidémiologie, la qualité de vie ou la psychopathologie de l'adolescence.

✓ **ARES « Action Recherche sur l'Efficacité du Soins/études »**

Les inclusions du projet ARES se poursuivent. Au total 84 patients ont été inclus dans l'étude sur T0. 25 patients ont été évalués à T9. En vue d'une publication des premiers résultats, un projet de rédaction des statistiques descriptives de la base line a été entamé. Cette recherche s'effectue en collaboration avec l'Université de Paris V et l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) 1018.

✓ **Recherche KUSA**

La recherche KUSA se poursuit avec l'accueil d'une stagiaire psychologue M2 dont l'objectif était de terminer la passation des questionnaires pré et post évaluation de la session passée sur le service Bellechasse. Le traitement des résultats partiels de Kusa doit faire l'objet d'un travail de recherche de M2.

✓ **La recherche MDFT-IGD** (Internet Game Disorder) avec la Fondation Phénix de Genève en collaboration avec Monsieur Philip Nielsen a débuté.

L'objectif à travers une étude pilote est d'évaluer la thérapie multidimensionnelle familiale, sur l'utilisation problématique des jeux sur internet chez les adolescents. En 2017, l'étude a démarré les inclusions des adolescents et de leurs familles.

✓ **Etude observationnelle** : évaluation des processus de changement au cours de psychothérapies analytiques d'adolescents et jeunes adultes suivis au centre de psychanalyse Henri Danon Boileau. Cette recherche est conduite par l'équipe des psychanalystes du centre de psychanalyse.

✓ **Inserm**, participation à une recherche intitulée « Etude multimodale de la régulation émotionnelle et de l'impulsivité chez les adolescents présentant des troubles de la régulation émotionnelle en lien avec un fonctionnement limite : réactivité au stress et imagerie fonctionnelle ».

Plusieurs propositions de participations sont en cours, elles ont fait l'objet de présentation par les équipes qui les portent.

- ✓ Abord dimensionnel et développement des épisodes psychotiques de l'enfant et de l'adolescent. Impact dans leur prise en charge Dr Aveline Aquidad Service Pr Cohen CHU Salpêtrière.
- ✓ Recherche sur la question des troubles bipolaires à l'adolescence Dr Consoli, Centre de référence des maladies rares à expression psychique, CHU Pitié Salpêtrière.

Perspectives

Il faudra poursuivre et densifier ces recherches mais aussi introduire un esprit de recherche, mobilisateur des équipes soignantes dans les unités de soin.

Il faudra développer des évaluations de type EPP qui permettent de questionner la pertinence des pratiques professionnelles et des soins.

Il faudra confronter l'expérience de la Clinique avec celles d'autres professionnels : renforcement d'un réseau de contacts, avec d'autres institutions au niveau national et international.

→ LA NOUVELLE STRATEGIE DE LA FSEF :

La FSEF développe depuis Fin 2017 un projet hospitalo-universitaire visant à promouvoir les prises en charge en « soins études » au travers de l'enseignement et de la recherche.

Ce projet passe par la mise en œuvre d'enseignements basés sur notre expertise, à la fois dans des enseignements théoriques et pratiques (accueil de professionnels en formation. Ils seront centrés selon les compétences des intervenants de la FSEF dans les domaines de la santé psychique, des conduites addictives, de la santé somatique, des intrications somato-psychiques à l'adolescence et chez le jeune adulte (plus particulièrement chez les étudiants). Ces enseignements seront développés au travers de la poursuite et du développement de la participation des professionnels de la FSEF aux cycles de formation initiale et de formation continue existants pour des professionnels de santé et de l'éducation nationale, et aussi en créant des programmes de formation liés à nos domaines de compétence spécifiques aussi bien au sein de la fondation (formation croisée entre établissement ayant des compétences différentes) qu'à l'extérieur.

Par ailleurs, le développement de la recherche au sein de la FSEF comporte plusieurs axes. La recherche se conçoit en interaction permanente avec la pratique clinique dans un lien bidirectionnel : la clinique pose des questions investiguées par la recherche qui en retour peut modifier les pratiques et vice versa : la recherche apporte des connaissances qui questionnent les pratiques et amène à les faire évoluer.

La dynamique d'évaluation de l'impact des dispositifs soins études sur l'évolution des trajectoires de vie des jeunes gens accueillis dans la FSEF entreprise par de larges études au sein de la FSEF dès les années 70 (Schwartz 1975, Choquet et Gasquet 1992) et poursuivies au travers de projets ponctuels dans certains établissements (thèses de médecine, études mono établissement) sera développée dans un projet commun à l'échelle de tous les établissements de la FSEF et pour tous les types de dispositifs (par exemple Projet relais, soins études temps plein, hôpital de jour...) ; des collaborations avec les services hospitalo-universitaires régionaux sur des projets de recherche liés à leur domaines d'expertises seront développées ; des recherches sur des thèmes portés par certaines équipes seront poursuivis ou développés (par exemple les addictions, les troubles des conduites alimentaires, la douleur, les maladies chroniques à l'adolescence, la promotion de la santé de l'adolescent, les liens entre troubles psychiques et affections somatiques...).

→ ACCUEIL DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS DANS LES UNITES DE SOINS ET TUTORAT :

Il est souvent évoqué, comme une nécessité de favoriser la mobilité interne des professionnels entre les différents services. Nous voyons très régulièrement surgir des dysfonctionnements en lien avec des mouvements d'équipe et de grosses difficultés à intégrer de nouveaux éléments dans les équipes.

Il existe déjà une procédure d'accueil des nouveaux arrivants, mais c'est sur un autre axe qu'il faut nous concentrer :

- ✓ Le fait d'accueillir des professionnels qui ne connaissent pas ou peu le travail spécifique en psychiatrie et qui sont souvent mis à mal dès le début de leur prise de fonction.
- ✓ Des équipes qui ont beaucoup de difficultés à intégrer de nouveaux collègues.

Il nous faut travailler sur ces deux axes :

- ✓ En interne, construire un programme de formation /accueil proposé dès l'arrivée et qui devrait permettre :
 - De prendre le temps d'explicitier ce qu'est le travail en soin/étude : le travail en équipe, le travail institutionnel, les modalités de prise en charge...
 - De travailler sur les postures à adopter vis-à-vis des patients (à différencier de la psychopathologie pour laquelle il y a toujours des formations)
 - D'explicitier les différentes procédures et protocoles
- ✓ La question du tutorat doit être revue dans l'objectif qu'il puisse être effectif sur l'unité concernée avec un portage mixte et régulier.
 - Le cadre de l'unité dans l'accompagnement de l'arrivée des nouveaux arrivants, programmation de rdv réguliers pour fait le point et de veiller à la formation continue.
 - La nomination d'un tuteur membre de l'équipe, en charge de l'accompagnement de l'intégration. (Qu'il s'agisse d'IDE ou d'éducateur spécialisé)
 - Faire le lien avec le programme d'accueil-formation.

C. OBJECTIFS

- ✓ Renforcement du lien entre la formation professionnelle (individuelles, collectives, séminaire) et les actions d'audit, d'évaluation des pratiques et de recherche
- ✓ Dynamisation des publications
- ✓ Renforcement de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles
- ✓ Développement d'une politique d'accueil des nouveaux soignants

→ REDEFINITION DE LA PLACE DES EDUCATEURS SPECIALISES DANS LES UNITES DE SOINS

Depuis presque une vingtaine d'années les éducateurs spécialisés ont intégré les équipes de soins, affirmant la volonté d'une pluridisciplinarité prenant sens dans les projets de soins individualisés des patients.

Aujourd'hui, tant à la demande des professionnels, que dans le développement de nouvelles modalités de prises en charge et la différenciation plus accrue de celles-ci, il est nécessaire de pouvoir redéfinir la place des éducateurs spécialisés au sein des équipes.

Tout en gardant la nécessaire cohésion d'une équipe pluridisciplinaire il y a plusieurs axes de réflexion qu'il nous faut conduire et formaliser :

- ✓ Développer et formaliser leur positionnement dans le domaine éducatif : définir de manière précise ce qui relève du rôle de l'IDE et ce qui est du rôle de l'éducateur. Il est vrai que la limite peut parfois être mince, mais il faut permettre au patient de pouvoir repérer au mieux les différences, ce qui n'est possible que si chacun habite clairement son rôle.
- ✓ L'éducateur de par sa formation doit être le professionnel au premier plan en lien avec les partenaires extérieurs qui entourent le patient. Il doit être un acteur proactif dans la construction du projet de sortie.
- ✓ L'éducateur par essence reste un acteur incontournable dans la réflexion, la construction et l'animation des médiations thérapeutiques. C'est par contre un espace où la pluri professionnalité, éducateur / IDE doit pouvoir se rencontrer et se construire.
- ✓ La place de l'éducateur dans le lien avec les études doit être également redéfini, il se doit également d'être un acteur dans l'accompagnement des jeunes.

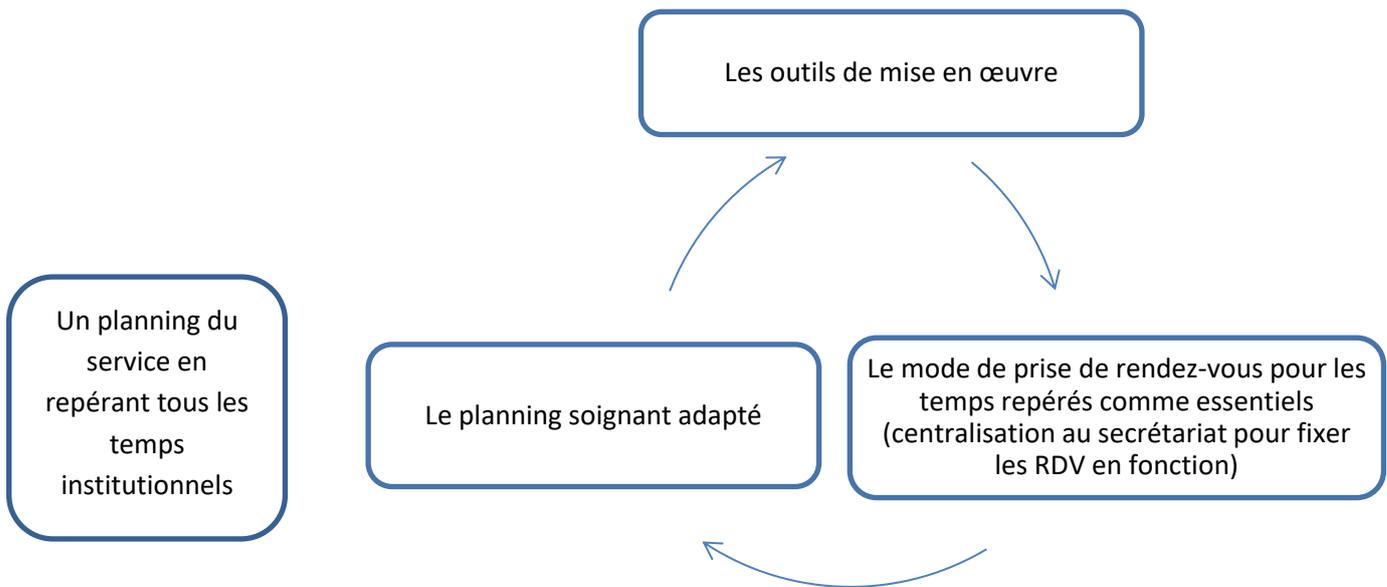
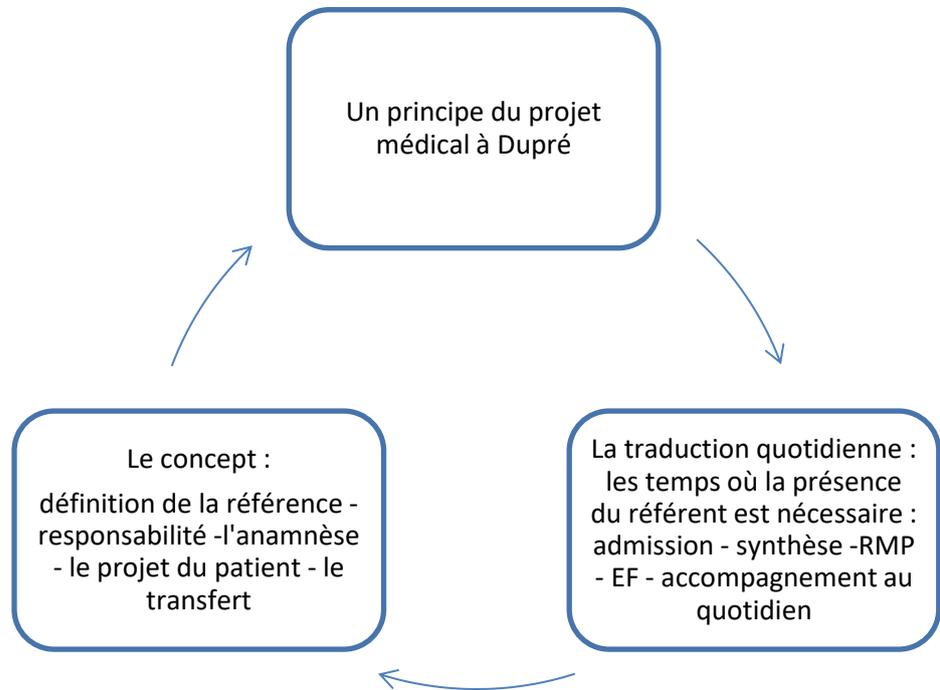
→ LA REFERENCE SOIGNANTE

Principe incontournable du projet médical, elle assure le bon déroulement du projet individualisé de soins (PIP) que l'on peut clairement apparenter au contrat de soins.

La référence soignante dans son déroulé a pour objectifs :

- ✓ La coordination de ce parcours de soins jusqu'à la sortie du patient
- ✓ Sa traduction au quotidien des actions de soins de celui-ci
- ✓ L'insertion du projet de soins individualisé dans la globalité du fonctionnement de service

→ LA REFERENCE SOIGNANTE



Plusieurs groupes dans l'établissement travaillent au développement d'actions de mutualisation au sein de l'ensemble de la clinique pour tenter d'optimiser et de mutualiser les moyens dont nous disposons, mais aussi pour certaines actions dans un objectif de potentialisation des actions.

A. MISES EN ŒUVRE

→ AU NIVEAU DES SOINS ET DES PROFESSIONNELS :

Concernant les soins institutionnels :

Mutualisation d'activités de médiation. Dès que cela est possible, les activités de médiation thérapeutiques sont organisées de façon à permettre que :

- ✓ des patients de toutes les unités de soins soient susceptibles d'en bénéficier, en fonction de leurs objectifs thérapeutiques.
- ✓ les médiations thérapeutiques soient co-animées par des soignants (IDE, éducateurs, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciennes) issus des différents services de soins, soignants de la petite équipe de transversalité.
- ✓ certaines activités soient co-animées par des intervenants extérieurs ou utilisant une infrastructure de l'environnement local.

Le fait de favoriser la mobilisation de plusieurs services autour d'une médiation potentialise ce travail : en nombre de patients accueillis, en nombre de possibilités de médiation, voire en intensité.

De manière générale, on constate que l'on ne parle pas assez des médiations. Il paraît important de donner plus de place aux transmissions sur les médiations tant dans le cadre des synthèses que des réunions de « liaison ». Les référents pourraient notamment collecter les informations auprès des différents intervenants autour d'un patient en vue de la préparation de sa synthèse. Cela pourrait se faire une fois par mois. De même, il s'agirait d'inviter les professionnels extérieurs au service aux réunions, de proposer des espaces de rencontres et d'échanges autour des médiations.

Il pourrait être intéressant de réfléchir plus largement sur les cadres, processus, spécificités, différences et professions afin d'en avoir une représentation la plus ajustée possible, et de pouvoir affiner les indications différentielles, pas toujours évidentes, en particulier en psychiatrie.

La question d'un « pôle » Ergothérapie et psychomotricité est évoquée : les ergothérapeutes ont pu souligner l'importance de rester rattachées et ancrées à un service, plutôt que de constituer un pôle externalisé. Toutefois, l'idée serait d'assouplir les frontières, en imaginant que les patients des divers services pourraient en fonction des indications spécifiques être adressés à telle ou telle ergothérapeute, quel que soit le service. Ainsi ce sont les ateliers d'ergothérapie eux-mêmes qui seraient plus transversaux. Il faudrait alors penser les liens entre l'ergothérapeute et le service d'origine du patient. Les transmissions pourraient avoir lieu par le biais des référents du patient. Une question se pose : les patients de soins-études dans cette configuration pourraient-ils venir en ergothérapie à l'UPA ?

Concernant la psychomotricité, en parallèle, il s'agirait de continuer de penser la possibilité de proposer une évaluation spécifique aux patients des différents services de la clinique, même si les psychomotriciennes restent attachées à leur service actuel, à savoir respectivement le CATTP, GB (Ginkgo Biloba – Service temps complet) et l'UPA.

Cette initiative est à valoriser tout en pointant des mises en place au coup par coup pour compenser les manques dans les services. Il s'agirait à travers le projet d'établissement d'institutionnaliser / généraliser davantage ces liens interservices.

Proposition d'envisager un séminaire sur l'ergothérapie pour présenter la profession, ses fondements, ses processus et ses indications et d'avoir une représentation plus complète de cette profession.

Unité transversalité au cœur du dispositif institutionnel :

Notre institution s'inscrit résolument dans le concept de prise en charge psychiatrique institutionnelle par l'environnement. Les différents groupes composant la transversalité ont tous comme ressorts communs, la découverte d'un ailleurs, l'illusion, la surprise et l'expérimentation.

Ils ont comme objectifs d'éveiller chez les patients le désir et le plaisir d'aller à la rencontre de soi-même et de l'autre, de prendre le risque de nouvelles expériences pour faciliter le passage vers l'extérieur, la construction d'un projet personnel et de lier ainsi le temps d'hospitalisation au temps de l'intégration dans la vie sociale ordinaire. Ce dispositif concourt à faciliter les mouvements d'ouverture, de décloisonnement, de relance et de redynamisation, tant au niveau du projet individualisé du patient qu'au niveau institutionnel. La participation d'un patient aux activités de la transversalité s'inscrit donc dans le projet thérapeutique et pédagogique du patient impliquant l'ensemble des ressources institutionnelles et nécessitant un lien et une concertation entre celles-ci.

Cette petite unité, met en œuvre de gros efforts de mutualisation à l'échelle de tout l'établissement tant au niveau des professionnels que de l'utilisation des espaces dédiés aux activités de médiation.

Les week-ends thérapeutiques :

Le projet de soins individuel de chaque patient intègre la participation à des rythmes qui peuvent varier selon leur état de santé de participer à des week-ends thérapeutiques. Le week-end thérapeutique crée des conditions favorables aux rapprochements entre patients et soignants d'unités différentes dans le partage d'expériences communes, du quotidien. Il permet d'observer dans quelle mesure les relations préexistantes, les symptômes et les défenses mis en œuvre par chacun se mobilisent ou se rigidifient le cas échéant dans ce nouveau contexte apportant éventuellement des éléments précieux pour un meilleur ajustement des prises en charge dans les unités d'origine. En premier lieu, il s'agit de proposer des soins différenciés aux patients des services soins/études bénéficiant d'une prise en charge le Week-end au sein de la clinique.

Chaque semaine leur organisation nécessite de mutualiser les moyens entre toutes les unités de soins études, avec également un impact sur les fonctions logistiques.

Séjours thérapeutiques :

Il s'apparente au week-end thérapeutique, ils sont organisés selon les unités de soins plusieurs fois dans l'année. Les objectifs sont de :

- ✓ permettre aux patients de s'intégrer et d'évoluer au sein d'un groupe soignants/ soignés autonome réunissant ou non les différents services soins-études de la clinique.
- ✓ favoriser l'autonomisation, le positionnement et la prise de décisions des patients au sein d'un groupe différent.
- ✓ permettre aux soignants d'observer et d'évaluer les patients dans des conditions différentes.

Ils nécessitent comme les week-ends thérapeutiques de mutualiser à la fois des moyens humains, mais également des moyens logistiques (véhicule, UCP : Unité Centrale de Production).

→ AU NIVEAU DES ESPACES :

Aujourd'hui la question de la gestion des espaces est souvent au premier plan des discussions lorsque qu'un nouveau projet émerge.

Les besoins en salle d'activité, en salles de réunion et en véhicules de service, nous demandent d'aller vers une planification, qui doit évoluer certainement en lien avec l'évolution du SIH :

- ✓ en ce qui concerne les salles de réunions et la réservation des véhicules, celle-ci est déjà effective avec une centralisation au niveau du standard et des modalités de réservation et d'utilisation,
- ✓ en ce qui concerne les salles d'activités et d'ergothérapie qui sont dans chacune des unités, il y a un travail à engager pour aller vers une meilleure lisibilité de leur utilisation,
- ✓ nous avons souvent recours à des espaces extérieurs pour l'organisation de certaines activités.

En ce qui concerne les bureaux (consultation, administratif), un travail concernant l'optimisation de leur utilisation est à conduire, lorsque nous devons engager des réflexions sur de nouvelles organisations, de nouvelles modalités de travail, la question de l'espace est parfois une difficulté délicate à surmonter.

Dans le cadre des futurs projets architecturaux en cours, tant sur le pavillon Clérambault que le pavillon Pierre Lab, cette question de la mutualisation des espaces est prise en compte, aller vers plus de polyvalence de certains espaces (bureaux, salle activité).

B. OBJECTIFS

- ✓ Poursuivre la réflexion sur la mutualisation et la polyvalence de certains locaux.
- ✓ Optimiser en informatisant les modalités de réservation et d'utilisation des locaux, des véhicules, de matériels spécifiques.
- ✓ Développer les modalités de communication de présentation à l'ensemble de la clinique des différentes activités qui sont faites.

C. INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Rapports d'activité des différentes activités.
- ✓ Evaluation de la mise en œuvre des modalités de réservation et d'utilisation des locaux, des véhicules, etc.

PRISE EN CHARGE AUX ETUDES

A. L'AXE STRATEGIQUE

Les jeunes accueillis à Dupré sont atteints de pathologies psychiatriques lourdes. Ils ne peuvent plus être scolarisés ailleurs et sont identifiés ou se vivent eux-mêmes comme identifiés à leur pathologie. Le soins-études permet au jeune de se resocialiser et de retrouver une identité scolaire, de se reconstruire.

Pour que cette reconstruction puisse se réaliser, il est essentiel que le cadre scolaire renvoie au jeune son identité d'élève. Les enseignants de l'Education Nationale organisent une scolarité « normale » au sein des groupes-classes, autour des programmes officiels correspondant à chaque filière de chaque niveau.

B. MISE EN ŒUVRE

→ PRISE EN CHARGE DES PATIENTS-ELEVES :

La pédagogie à Dupré est un creuset d'expériences quotidiennes fondées sur l'observation du comportement scolaire et des fonctionnements intellectuels des élèves. Cette spécificité demande à l'enseignant d'être « ordinaire » et singulier tout à la fois. Il ne peut s'agir d'injonctions et de méthodes imposées mais du fruit de stratégies, d'essais qui cherchent à s'adapter au mode d'apprentissage du jeune. Ce sont donc bien « des » pédagogies qui sont mises en œuvres à Dupré et non une démarche pédagogique unique.

La relation à l'élève est bienveillante tout en tenant compte de la temporalité et du rythme de l'élève, sans suivre pour autant sa lenteur ou sa précipitation. L'emploi du temps de l'élève est un outil essentiel à la construction de cette temporalité : un équilibre entre cours et médiations thérapeutiques est recherché.

La réflexion concernant les effectifs des classes est essentielle. Le soins-études propose de petits effectifs (un effectif de 12 élèves devrait constituer un maximum). Cependant, tout dépend de la sévérité et du type de pathologie des élèves : des effectifs plus réduits sont parfois nécessaires à la pédagogie. En effet, des effectifs trop importants peuvent contribuer au décrochage de certains élèves et augmenter le nombre d'absences.

→ HARMONISATION DES TEMPORALITES EDUCATION NATIONALE ET SANTE :

L'articulation soins-études des emplois du temps doit éviter la « concurrence » entre les soins et les études. La confrontation aux contraintes scolaires (présence en cours, ponctualité, rendu des devoirs...) participe à l'expression d'un principe de réalité qui sera questionné conjointement par les services soignants et enseignants pour aboutir à une réelle prise en charge Soins-Etudes, garante d'une reconstruction réussie du désir d'avenir des jeunes. La coordonnance soins-études figure le partage des temps entre la pédagogie et les soins en fonction du projet individualisé de chaque patient.

→ PASSERELLES AVEC L'EXTERIEUR – TRAVAIL SUR LE RACCROCHAGE SCOLAIRE :

Le sens du soins-études n'est plus seulement « étudier quand même ». Aujourd'hui, les études sont une plus-value en vue de l'insertion. Dans le cadre de la Fondation, les études ne représentent pas l'école qui rend malade, mais l'école qui soigne, bien que les enseignants ne soient pas des soignants. Tout cela prépare l'inclusion, ou une réinclusion réussie. La prise en charge pédagogique doit pouvoir envisager la possibilité d'un retour progressif dans la scolarité ordinaire.

Au groupe-classe « traditionnel » s'ajoutent des modules spécifiques à Dupré. Ces modules accueillent des jeunes à qui une proposition autre que celle du schéma classique de l'école doit être faite et ce afin qu'ils puissent évoluer vers un projet défini ou à définir, tout en se déployant dans une pédagogie individualisée pensée différemment.

Le dispositif pédagogique global proposé par Dupré permet de répondre à l'organisation qui soutient l'ensemble des soins-études de la Fondation : le maintien d'une « colonne vertébrale Education Nationale » est certes nécessaire mais il est tout aussi nécessaire de l'assortir de différents modules de remédiation scolaire. Comme dans d'autres établissements de la Fondation, l'équipe pédagogique travaille aussi à mettre en œuvre des « sas » d'apaisement et de réadaptation dans le cadre de modules courts pouvant ainsi offrir une prise en charge sur une période réduite afin de réagir rapidement lorsqu'un élève montre des signes de décrochage. Il est en effet efficace de positionner rapidement un élève qui décroche dans un dispositif adapté afin d'éviter l'installation d'une errance. Le fait d'expliquer en amont que ces modules « sas » ou autres modules spécifiques à Dupré ne sont pas symboles d'échec mais au contraire qu'ils favorisent l'accrochage scolaire, contribue au succès de ces dispositifs. Il convient de les valoriser au sein de la structure.

De plus, le fait de favoriser les mouvements entre les sas et de ne pas les hiérarchiser devrait aider les familles à accepter ces temps précieux de préparation au raccrochage scolaire.

→ AU CŒUR DU SOINS-ETUDES : TUTORAT, LIAISON D'ETAGE, RMP/CMP, RELAIS, UPA :

Le tutorat :

Le tuteur est un enseignant de l'équipe pédagogique de l'élève. Chaque enseignant prend en charge en tutorat 7 ou 8 élèves en moyenne. Le tuteur a pour mission d'élaborer les emplois du temps de ses tutorés et de les accompagner dans leur scolarité et leur orientation, notamment lors d'entretiens réguliers et individualisés. Il anime les Réunions Médico-Pédagogiques (RMP) et les Concertations Médico-Pédagogiques (CMP), dont il rend compte dans le classeur d'étage. Le tuteur n'est toutefois pas le seul interlocuteur de l'élève. Un travail entre équipes médicales et pédagogiques et une concertation permanente sont indispensables tout au long de l'année à la prise en charge soins-études des élèves.

La liaison d'étage :

Le professeur de liaison d'étage fait une synthèse des informations inscrites sur le classeur d'étage par ses collègues sur la scolarité des élèves ; il transmet ces informations au service de soins auquel il est affecté, puis il restitue les informations recueillies auprès du service de soins au Directeur des Etudes, à ses collègues enseignants et au CPE. Le rôle du professeur de liaison d'étage est fondamental car il permet de concrétiser le lien entre les services de soins et les Etudes et de travailler à une réflexion commune autour de la prise en charge de l'élève.

Indépendamment des traces écrites dans les classeurs, les échanges informels entre le professeur d'étage et l'ensemble de l'équipe sont aussi très précieux.

Les RMP/CMP :

Les Réunions Médico-Pédagogiques (RMP) et les Concertations Médico-Pédagogiques (CMP) sont des temps de concertation.

Les RMP réunissent le jeune et sa famille, les services de soins et les enseignants qui l'encadrent. Le jeune est invité à s'exprimer et à échanger sur tous les aspects de sa prise en charge aux études. Il est au cœur de la RMP.

Les CMP se tiennent uniquement entre les services de soins et l'équipe pédagogique. Il s'agit d'un temps qui permet de préparer la RMP et de mettre l'accent sur les points à aborder. Les CMP peuvent aussi contribuer à dénouer une situation compliquée voire « bloquée » quant à la scolarité d'un élève.

Ces réunions, particulièrement les RMP, n'ont pas à être des temps de décision mais plutôt des moments de réflexion et d'échange. Quelle que soit la situation de l'élève, investi ou détaché de sa scolarité, la RMP permet de clarifier avec lui et autour de lui sa prise en charge pédagogique.

Les Relais :

Plusieurs enseignants de l'Annexe interviennent au Relais un certain nombre d'heures par semaine. Le Relais est un lieu d'évaluation médico-pédagogique en vue de l'accès aux soins et aux études. La Fondation souhaite développer le Relais. Il est de ce fait important non seulement de le préserver mais aussi de travailler à son développement.

L'UPA :

Cette unité offre un cadre tout à fait particulier à des adolescents hospitalisés pour des périodes courtes à la suite de crises aiguës. Même si la priorité est aux soins, l'hospitalisation à l'UPA permet aux jeunes de bénéficier d'interventions de la part de professeurs, et cela malgré un contexte de rupture dans leur scolarité, que ce soit au niveau collège, lycée ou post-bac. Il s'agit de faire le point sur leur parcours scolaire à travers des entretiens mais également d'activités pédagogiques qui contribuent à lutter contre le décrochage scolaire. Les enseignants peuvent aussi faire le lien avec l'établissement scolaire des jeunes afin de penser et d'aménager leur reprise. La rencontre du jeune hospitalisé avec un enseignant peut avoir un effet thérapeutique : elle permet au jeune de pouvoir envisager que des études sont encore possibles et de construire un projet post-UPA.

L'orientation post-bac :

L'accompagnement, essentiel pour une orientation progressive tout au long de la scolarité, doit permettre à l'élève d'élaborer progressivement son projet d'avenir. Il s'appuie sur un dialogue avec les élèves, les parents et les membres des équipes éducatives. L'aide au choix de l'orientation se décline en trois grands axes pédagogiques :

- ✓ découvrir le monde professionnel et s'y repérer ;
- ✓ connaître les formations de l'enseignement supérieur et leurs débouchés ;
- ✓ élaborer son projet d'orientation.

Les enseignants prennent également en charge quelques étudiants dans le cadre d'un tutorat qui consiste à accompagner le jeune dans ses débuts dans le Supérieur et dans les difficultés qu'il peut rencontrer. Cette prise en charge s'adapte aux besoins des étudiants (soutien, méthodologie...). Il est à noter cependant qu'il n'existe pas de budget spécialement dédié à cette mission dans le cadre du second degré.

Nouvelle prise en charge en addictologie :

La place des études pour ces patients élèves reste à construire en fonction de leur profil et de leur prise en charge médicale.

C. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

L'équipe pédagogique travaille à l'élaboration des objectifs et des indicateurs de suivi, qui seront finalisés lors du développement du projet d'établissement de l'annexe pédagogique du lycée.

LES FONCTIONS SUPPORTS

BILAN DU PRECEDENT PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES

Le projet Qualité Gestion des Risques se déclinait en trois priorités transversales et cinq orientations stratégiques.

Les trois priorités étaient :

- Une dynamique collective de groupe et non pas une gestion de la qualité confiée à un gestionnaire unique (qualiticien).
- Des outils simples utilisables par tous.
- Le déploiement informatique d'un système documentaire qualité et d'un système de déclaration des événements indésirables.

Les cinq orientations stratégiques étaient :

- Répondre et suivre les conclusions des certifications HAS ainsi que celles des contrôles réglementés externes.
- Structurer et pérenniser la culture Qualité et Gestion des Risques à l'échelle de la clinique et des services.
- Renforcer la satisfaction des patients usagers par leur écoute et leur expression.
- Optimiser la sécurisation et le fonctionnement des prises en charge au sein des services.
- Déployer les approches et démarches d'évaluation interne.

L'ensemble de ces éléments a été tenu et a permis une certification V2014 de niveau A sans réserve ni recommandation.

Le compte qualité, outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques, ayant pour objectif de faciliter la priorisation des actions déployées au sein de l'établissement de santé est adressé tous les deux ans à la HAS. Cet outil est considéré au sein de la clinique comme un véritable outil de pilotage de la démarche qualité gestion des risques.

Le premier compte qualité intermédiaire de la clinique Dupré n'a fait l'objet d'aucune remarque ou correction, la HAS encourage la clinique à continuer la démarche qualité gestion des risques et à poursuivre le déploiement des plans d'action afin d'améliorer la maîtrise des risques.

LA POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES ET SECURITE DES SOINS

Cette nouvelle politique Qualité Gestion des Risques intervient entre deux itérations de démarche de certification avec un délai de six ans lié au classement de niveau A.

La priorité est donc d'éviter l'effet soufflet post certification, de bien pérenniser la démarche qualité ancrée depuis la dernière certification et d'en faire un élément clé de notre management et de support d'amélioration des pratiques.

I. LES PRIORITES DE LA DEMARCHE QUALITE GESTION DES RISQUES ET SECURITE DES SOINS

Pour ce faire, les priorités suivantes sont déclinées :

1. ENGAGEMENT FORT DE LA DIRECTION DANS LA DEMARCHE QUALITE GESTION DES RISQUES

Il apparaît essentiel que les acteurs qualité gestion des risques soient portés dans le cadre d'un engagement collectif à tous niveaux et soutenu véritablement par la direction, et que la démarche ne soit pas confiée à un seul acteur isolé. La qualité d'un tel acteur pourrait produire des éléments très satisfaisants mais irait à l'encontre du management par la qualité où nous recherchons avant tout un engagement collectif et une amélioration continue des pratiques.

2. DEPLOIEMENT DES AUDITS INTERNES

La clinique Dupré mène une campagne de déploiement des audits internes dans tous les secteurs d'activité et pas uniquement le soin ou les secteurs investigués par la Haute Autorité de Santé.

L'audit interne est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles. Ses principales caractéristiques sont :

- ✓ de mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue (par rapport à un référentiel, une procédure, un protocole, une difficulté ou une question qui se pose, etc.),
- ✓ d'amener des pistes d'amélioration aux problèmes courants.

L'audit interne n'a pas pour objectif de soulever des erreurs mais des points à améliorer.

Objectifs de l'audit interne :

- ✓ Evaluer des connaissances et des pratiques sur une notion définie,
- ✓ Déceler des zones de dysfonctionnement, ou bien des tendances à améliorer,
- ✓ Mesurer les progrès accomplis dans une démarche qualité,
- ✓ Tirer les conséquences des dysfonctionnements ou des points forts : actions correctives à mettre en place afin d'améliorer la qualité,
- ✓ Evaluer l'impact des actions engagées par la clinique ou les unités de soins.

La méthode de l'audit :

Etape 1 : la préparation de l'audit :

- ✓ Choix du thème :
 - définition du contexte et de l'objectif de l'audit,
 - définition de la population cible.
- ✓ Choix de la méthode :
 - définition du déroulement de l'audit,
 - réalisation du support d'audit / de la grille d'audit.

Etape 2 : la réalisation de l'audit :

- ✓ réalisation du recueil des données en impliquant les équipes concernées.
 - La réalisation de l'audit se fait en **collaboration** avec les audités.

Etape 3 : le rapport d'audit :

- ✓ analyse des résultats,
- ✓ rédaction du rapport d'audit,
- ✓ **communication** des résultats aux parties prenantes.

Etape 4 : le suivi :

- ✓ élaboration du plan d'action suite aux constats,
- ✓ suivi de l'efficacité des actions engagées,
- ✓ **réévaluation.**

Garantir la pertinence des audits internes demande une bonne préparation, la mise en œuvre de bonnes pratiques et l'établissement d'un climat favorable pour les parties prenantes.

Secteur d'activité concerné :

La mise en place de l'audit interne au sein de la clinique concerne tous les secteurs d'activité à savoir :

- ✓ le service administratif,
- ✓ le service financier,
- ✓ le service logistique et technique,
- ✓ les services de soins.

Fréquence de réalisation des audits :

La fréquence de réalisation des audits internes est d'une à deux fois par an pour l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement.

3. DEPLOIEMENT DES REFERENTS SUR LE TERRAIN

Déploiement des référents sur le terrain pour intégrer pleinement les équipes et en faire une démarche partagée. Chaque instance et groupe de travail est donc doté d'au moins un référent soignant permettant ainsi une communication ascendante et descendante optimale.

4. UTILISATION D'OUTILS SIMPLES ET PARTAGEABLES

Des outils qualité simples et partageables sont utilisés quotidiennement par les professionnels dans les différents secteurs d'activité. Ils permettent aux professionnels d'intégrer pleinement la démarche qualité dans les pratiques quotidiennes (ex : CREX, audits, FSEI, Gestion documentaires, processus, etc.).

Le compte qualité est considéré comme un outil essentiel au pilotage de la démarche qualité gestion des risques. Il permet à chaque pilote d'avoir une vision large sur la thématique dont il est en charge. Le compte qualité reprend les actions à mener en priorité pour diminuer les risques non maîtrisés. Les audits réalisés régulièrement permettent aux pilotes d'alimenter les données, d'identifier de nouveaux risques et de mettre en place de nouvelles actions d'amélioration pour diminuer les risques non maîtrisés.

II. LES AXES STRATEGIQUES

1. PERENNISER UN FONCTIONNEMENT INTEGRE

a. Engagement institutionnel dans la démarche qualité gestion des risques

Pour que le système de management de la qualité et de la sécurité des soins soit efficient, il s'appuie sur un pilotage stratégique et opérationnel de la démarche.

PILOTAGE STRATEGIQUE :

✓ **Engagement fort de la direction dans la démarche qualité gestion des risques**

Le directeur en lien avec le président de la CME est responsable de la définition et garant de la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques. Il impulse une dynamique visant à mettre en œuvre d'une manière effective la démarche qualité gestion des risques au sein de l'établissement.

Il est garant de l'implication des professionnels dans la démarche qualité gestion des risques et assure :

- le déploiement et le suivi des actions prioritaires fixées dans la politique qualité gestion des risques,
- le suivi et la coordination de l'état d'avancement des actions des différentes instances et groupes de travail.

✓ **Engagement fort de la CME dans la démarche qualité gestion des risques**

En lien avec le directeur, la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La CME :

- intègre au sein de ses réflexions relatives à la prise en charge des patients et au projet médical des éléments en lien avec la démarche qualité,
- est force de proposition d'actions d'amélioration concernant l'ensemble des thématiques HAS,
- veille à la mise en œuvre des actions d'amélioration émanant de la cellule qualité, des instances et des groupes de travail,
- contribue aux choix et au suivi des évaluations des pratiques professionnelles,
- contribue à la rédaction et à la validation du compte qualité de l'établissement.

✓ **Le COPIL Qualité Gestion des Risques**

En lien avec la CME et la cellule qualité, le Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques est l'instance qui pilote la démarche qualité. Il participe à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique qualité. Il a également pour rôle de centraliser et coordonner tous les projets et actions d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques qui émanent des différentes instances et groupes de travail. Il a pour rôle le suivi, la mise à jour et la validation du compte qualité.

PILOTAGE OPERATIONNEL :

✓ **La cellule qualité**

La cellule qualité est composée du Directeur, du Président de la CME également coordinateur de gestion des risques associés aux soins, du cadre supérieur de santé et du responsable qualité gestion des risques et se réunit une fois par semaine.

La cellule qualité a pour rôle de traiter tous les sujets en lien avec la démarche qualité :

- suivi des plans d'actions des instances et groupe de travail,
- traitement et analyse des FSEI,
- élaboration, suivi et analyse des indicateurs,
- mise en place et suivi des audits internes,
- identification des nouveaux risques,
- élaboration d'actions d'amélioration pour améliorer la maîtrise des risques,
- gestion de projet en lien avec la démarche qualité,
- etc.

✓ **Les instances qualité et les groupes de travail**

Afin de pérenniser la démarche qualité et dans le but d'améliorer continuellement les pratiques professionnelles, des instances et groupes de travail en lien avec les thématiques HAS se réunissent en moyenne trois fois par an au sein de la clinique :

- le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales),
- le COMEDIMS (Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles),
- le CLUD (Comité de Lutte Contre la Douleur),
- la CDU (Commission Des Usagers),
- la sous-commission EPP,
- le groupe « droits du patient - bientraitance », (6 par an)
- le groupe « dossier patient - identitovigilance »,
- le groupe « Education thérapeutique - Atelier du médicament ».

✓ **Les référents**

Pour impliquer davantage les professionnels dans la démarche qualité mais aussi pour faciliter la communication ascendante et descendante, chaque instance ou groupes de travail est composé de référents (un référent par unité de soins pour chaque instance ou groupe de travail).

Chaque référent est muni d'une fiche de missions et a pour rôle :

- d'assurer le relais de l'information ascendante et descendante entre l'instance / le groupe de travail et le personnel du service auquel il appartient,
- d'être membre de l'instance ou du groupe et participer aux travaux de ce groupe,
- de sensibiliser le personnel du service à la thématique de l'instance ou du groupe auquel il appartient,
- d'accompagner la mise en œuvre des procédures et des protocoles en lien avec la thématique de l'instance ou du groupe auquel il appartient,
- de recenser les difficultés et les besoins des soignants concernant la thématique de l'instance ou du groupe auquel il appartient,
- d'informer les membres de l'équipe sur les résultats des audits et les actions d'amélioration faisant suite à cet audit,
- d'accompagner la formation des nouveaux arrivants sur la thématique de l'instance ou du groupe auquel il appartient.

✓ **Lien entre les instances et la démarche qualité gestion des risques**

Ces instances ou groupes de travail sont présidés et/ou pilotés par un ou des médecin(s) et sont composés de référents (professionnels des unités de soins). Chaque membre est muni d'une fiche de missions.

Des formations en lien avec la thématique sont dispensées aux professionnels des instances et/ou des groupes de travail.

Annuellement, un bilan de l'avancée des travaux de l'instance ou du groupe de travail est présenté en CME par son président ou son pilote.

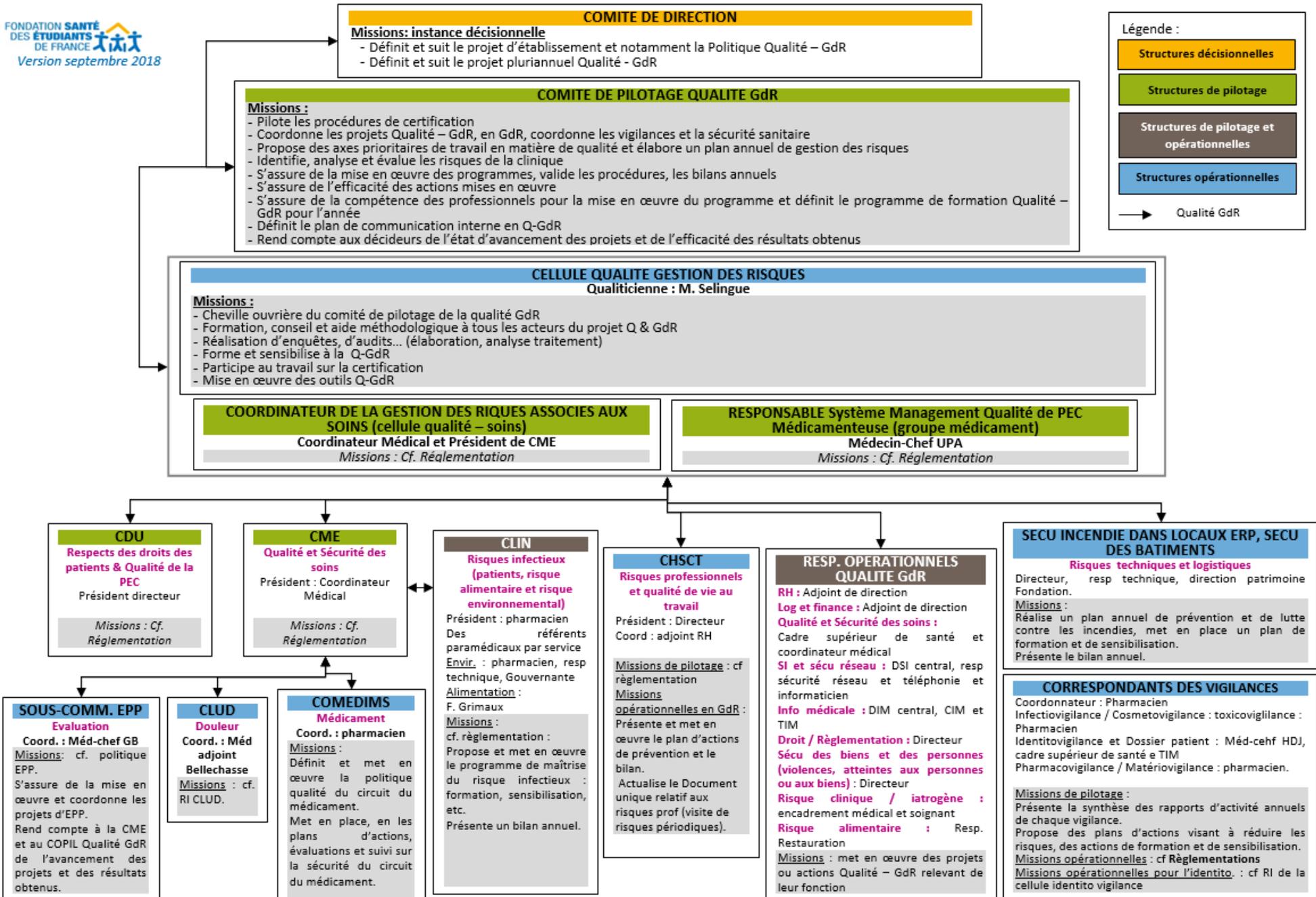
b. Objectifs

- ✓ Pérenniser le management par la qualité.
- ✓ Développer la participation des professionnels dans la démarche qualité gestion des risques
 - Réaliser des audits internes dans tous les secteurs d'activités en lien avec les professionnels et les référents.
 - Communiquer les résultats des différents audits aux professionnels (YES, réunions d'équipes, BIP, etc.).
- ✓ Impliquer davantage les référents des différentes instances dans la démarche qualité gestion des risques.
 - Poursuivre la formation des pilotes et des référents.
- ✓ Evaluer le processus « Management de la qualité Gestion des Risques ».
 - Suivi des actions d'amélioration mises en place.
 - Communication des informations qualité (procédures, projets, etc.) auprès les professionnels.

c. Indicateurs de suivi

- ✓ Nombre d'audits réalisés dans les différents secteurs d'activité.
- ✓ Taux de pilotes et référents formés.
- ✓ Taux d'actions d'amélioration mises en place.
- ✓ Taux de connaissance des professionnels sur les informations qualité diffusées.

QUALITE ET GESTION DES RISQUES : ORGANIGRAMME FONCTIONNEL ET CIRCUITS D'INFORMATION CLINIQUE DUPRE



2. GARANTIR ET AMELIORER LA SECURISATION DES PRATIQUES PERMETTANT D'AMELIORER LA SECURISATION DU PARCOURS PATIENT

a. Développer l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et le développement professionnel continu (DPC)

L'évaluation des pratiques professionnelles est un axe majeur de la politique qualité gestion des risques. Elle correspond à la mise en œuvre de méthodes et d'outils d'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective.

La sous-commission EPP en lien avec la CME est en charge de la mise en place, de l'analyse et du suivi des EPP conduites au sein de la clinique Dupré.

En 2017, les professionnels membres de la sous-commission EPP ont bénéficié d'une formation sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le développement de la démarche d'EPP est un levier pour garantir et améliorer la sécurisation des pratiques professionnelles.

b. Plan pluriannuel d'audits internes

Un plan pluriannuel d'audits internes est établi. Des audits internes sont réalisés au minimum une fois par an dans les différents secteurs d'activité. Les professionnels sont intégrés pleinement dans la démarche de l'audit interne (de l'élaboration de la grille à la mise en place du plan d'actions).

c. Tableau de bord des indicateurs par unité de soins

En 2018, des tableaux de bord d'indicateurs par secteur d'activité et par unité de soins ont été mis en place. L'objectif pour les médecins-chef et les cadres de santé des unités de soins est d'avoir une vision globale de l'unité quel que soit le secteur d'activité (RH : Ressources Humaines, finances, PMSI, activité hospitalière, qualité gestion des risques, logistique, hôtellerie, etc.).

d. Comité de retour d'expérience – analyse des causes profondes

Des comités de retour d'expérience (CREX) sont réalisés régulièrement dans le but de rechercher les causes de la survenue d'un événement indésirable grave. La méthode utilisée pour l'analyse des causes profondes est la méthode ALARM. Le but de cette démarche est de mettre en place des actions d'amélioration pour éviter que l'événement indésirable ne se reproduise et permet ainsi d'améliorer et sécuriser les pratiques professionnelles mais aussi les parcours de soins.

e. Objectifs

- ✓ Développer des formations programme DPC en lien avec les ressources humaines et les soins dans le but d'atteindre des objectifs précis en termes d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et des pratiques professionnelles.
- ✓ Mettre en place de nouvelles EPP en développant les différentes modalités de l'EPP (objectifs d'évaluation, méthodes préférentielles, approches, etc.).
- ✓ Déployer les « patients traceurs » dans les différentes unités de soins.
- ✓ Poursuivre le déploiement des audits internes dans les différents secteurs d'activité.
- ✓ Poursuivre le développement et l'utilisation des tableaux de bords des indicateurs par unité de soins.
- ✓ Poursuivre les comités de retour d'expérience lors de la survenue d'un événement indésirable grave.

f. Indicateurs de suivi

- ✓ Nombre d'EPP en lien avec le DPC.
- ✓ Nombre de méthode « patient traceur ».
- ✓ Nombre d'audits internes.
- ✓ Nombre de FSEI.
- ✓ Nombre de CREX.

3. PROMOUVOIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS ET LA BIEN-TRAITANCE

Cet axe est détaillé dans la politique « Droits du patient et place de la famille ».

4. DEPLOYER ET ANCRER LA CULTURE DEVELOPPEMENT DURABLE

Cet axe est détaillé dans la politique « Engagement dans le développement durable ».

AXES STRATEGIQUES

Permettre à la communauté professionnelle d'être cohérente et en situation de produire des activités de qualité reste la priorité stratégique pour l'établissement. Pour cela le triptyque intégration - formation - évaluation est essentiel et les actions en ce sens seront poursuivies et renforcées.

Cette politique doit être sous-tendue par un management de qualité, en situation de porter le changement, de soutenir les équipes et d'être fortement impliqué dans la gestion de l'établissement.

Les conditions de travail sont également un axe essentiel. Il ne s'agit pas là des conditions financières sur lesquelles la direction n'a quasiment pas de marge de manœuvre, mais de tout ce qui participe à l'implication des personnels, la communication, la maîtrise du risque psychosocial et des risques de violence. Travailler dans des conditions globalement favorables et avoir une fonction qui a du sens et qui est reconnue est très important.

Enfin, compte tenu du contexte financier toujours plus tendu et incertain, maîtriser la masse salariale et avoir une gestion optimisée du temps et des plannings est un axe stratégique essentiel.

A. MISE EN ŒUVRE

✓ Recrutement

La politique de recrutement doit être suffisamment anticipée pour permettre de disposer des ressources humaines nécessaires en temps voulu et éviter les périodes de vacance de poste. Cela passe par un bon repérage des postes à pourvoir, par la sélection de supports de recrutement efficaces, une capacité à sélectionner avec rigueur les candidats, et enfin à susciter des candidatures internes.

✓ Promotion interne, repérage des potentiels d'évolution

La promotion interne est fréquente à Dupré. L'établissement poursuivra le repérage des potentiels et l'accompagnement des évolutions.

Pour autant, l'arrivée de personnels extérieurs amène un regard critique qui est également intéressant. L'établissement devra assurer un équilibre satisfaisant entre promotion interne et recrutements externes et mettre en place les conditions pour que les promus puissent également acquérir un esprit critique et une capacité à faire évoluer les pratiques internes.

✓ Intégration

Nous avons instauré, pour les métiers où les recrutements sont nombreux, un parcours d'intégration permettant aux nouveaux embauchés d'une part, de disposer assez rapidement des informations nécessaires, et d'autre part d'être opérationnels. Plusieurs parcours complets ont été définis et sont mis en œuvre (soignants, médecins, secrétaires médicales, agents hôteliers). Il faudra déployer ces parcours d'intégration pour la totalité des catégories professionnelles.

✓ Formation

La formation à Dupré permet actuellement, grâce notamment au centre de formation de la FSEF, de faciliter le partage d'expérience avec la mutualisation des sessions de formation avec d'autres établissements. Un noyau dur de formations de base et incontournables pour les soignants est réinscrit systématiquement d'une année sur l'autre au plan de formation (psychopathologie de l'adolescent, entretien soignant, médiations thérapeutiques, etc.). Il sera opportun de créer un parcours de formation standardisé pour les nouveaux embauchés avec l'intégration d'un transfert des compétences nécessaires compte-tenu des départs naturels des salariés expérimentés et de l'arrivée de jeunes diplômés. Il faudra impliquer davantage l'encadrement dans la définition en amont des besoins pour la mise en place de nouvelles formations collectives ou de formations individuelles bien ciblées.

✓ Evaluation

L'évaluation des personnels ne doit pas correspondre uniquement à un temps formel mais bien être un temps d'échange important entre l'encadrant et l'évalué, pour que les personnels puissent mieux mesurer l'écart éventuel entre leur travail et ce qui est attendu. Les évaluations peuvent être des exercices très difficiles tant pour l'encadrant que pour le salarié. Il conviendra de systématiser cette démarche, et surtout d'accompagner les managers pour s'assurer qu'ils peuvent aller jusqu'au bout de ce qui est nécessaire.

✓ Renforcement de la capacité de management de l'encadrement : conduite du changement, implication, cadrage et reprise des dysfonctionnements, formation management, gouvernance

L'encadrement est régulièrement dans une position difficile entre soutien des équipes et conduite du changement, imposition des contraintes, respect des règles communes, voire sanctions quand elles sont nécessaires.

Pourtant le contexte hospitalier nous impose des évolutions fortes de nos pratiques, il conviendra que l'encadrement puisse de façon générale confirmer sa capacité à porter les évolutions collectives et individuelles.

Une réflexion relative aux fonctions managériales et à la gouvernance sera mise en œuvre, en complément d'une mission d'accompagnement RH menée en 2018. Cette mission d'accompagnement a réévalué le fonctionnement de l'encadrement, en lien avec les évolutions de gouvernance qui seront conduites par la direction générale.

✓ Qualité de vie au travail et mise en place d'actions d'amélioration (hors financier) : risque psychosocial, communication, violence, implication dans les décisions

Les conditions de travail sont un sujet sensible, où les attentes sont fortes en reconnaissance financière, mais où les moyens d'action de la direction sont quasi inexistant du fait du contexte économique mais aussi du fait que la direction générale initie une politique d'harmonisation et de respect de la convention collective renforcée.

Pour autant, de nombreux leviers permettent d'améliorer les conditions de travail :

- Evaluation de la satisfaction des personnels pour définir les axes prioritaires d'amélioration.
- Amélioration des outils de communication interne.
- Mise en place d'un dispositif de prévention et de traitement du risque psychosocial.
- Mise en place d'un dispositif de prévention et de traitement de la violence.
- Politique d'information et d'implication des personnels dans la stratégie et l'organisation, ainsi que dans l'évolution des pratiques.
- Reconnaissance du rôle des représentants du personnel comme partenaires de cette politique.

✓ **Maitrise de la masse salariale : remplacements, GVT, Noria, logiciel de gestion du temps**

Le contexte économique est de plus en plus tendu. Après des années de budget stagnant, nous sommes entrés dans une phase de budget en réduction, mais avec la nécessité de maintenir voire d'augmenter l'activité et d'absorber des contraintes administratives toujours plus lourdes.

La maîtrise de la masse salariale est donc indispensable, au sens où il est indispensable que la masse salariale n'augmente pas plus vite que le budget. Nous faisons le choix d'éviter la mesure la plus simple et la moins pertinente à notre sens qui est de ne pas remplacer pour un temps déterminé les postes vacants. Cela implique à contrario de déployer d'autres actions :

- Embauche de jeunes professionnels pour compenser l'effet GVT (Glissement Vieillesse Technicité) par un effet Noria significatif. Mais cela implique une capacité de formation suffisante pour compenser la plus faible expérimentation des jeunes collègues recrutés.
- Gestion du temps permettant de lisser les présences et les congés pour limiter les moyens de remplacement.
- La question large des temps de travail devra être posée dans le cadre de ce projet d'établissement : gestion de l'effectif et des horaires, gestion des congés, politique RTT (Récupération du Temps de Travail), devront faire l'objet d'une évaluation.
- Le temps de présence des psychologues, et donc la question du temps « FIR » (Formation Information Recherche des psychologues) devra également être interrogé.
- Enfin le logiciel de gestion du temps étant peu efficient, la direction générale a prévu d'engager un travail d'audit sur son paramétrage. Notons qu'une révision du paramétrage implique une harmonisation complète des règles de gestion du temps entre tous les établissements de la Fondation SEF. Cette harmonisation entrainera une perte des spécificités de la clinique.

✓ **Structuration de la fonction ressources humaines**

Un travail de restructuration devra être mené pour faire évoluer l'organisation du service RH et son apport aux services soignants et logistiques.

Il s'agira de réfléchir à la répartition des fonctions au sein du service (administration du personnel et paie) et surtout de positionner les membres du service comme des soutiens plus effectifs aux cadres par un suivi conjoint et structuré de tous les éléments RH).

Le service du personnel devra avoir une responsabilité plus active dans la gestion de la communication institutionnelle.

Le lien déjà fort entre RH et finances devra être conservé, et amplifié au-delà des seuls adjoints de direction.

Enfin les évolutions en cours au niveau du siège (outils de gestion des plannings notamment) devront être intégrées.

B. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Généralisation des procédures d'intégration des nouveaux personnels.
- ✓ Soutien d'une politique de formation et de promotion (gestion des carrières).
- ✓ Accroissement du taux de réalisation des entretiens annuels des personnels.
- ✓ Structuration d'une politique de qualité de vie au travail dans le cadre des travaux FSEF et suivi de l'évolution des indicateurs de satisfaction du personnel y compris plans d'action.
- ✓ Gestion de la masse salariale en lien avec l'évolution budgétaire.
- ✓ Gestion des temps de travail.

A. AXES STRATEGIQUES

Malgré la pression croissante sur les budgets hospitaliers, notre politique d'adaptation nous a permis de conserver l'équilibre et même de préserver notre capacité d'investissement, durant le précédent projet d'établissement. Maintenir l'équilibre, même si cela s'avère de plus en plus difficile, et permettre les lourds travaux de restructuration liés à des bâtiments vieillissant restera la priorité stratégique de Dupré dans le cadre de ce projet. Enfin nous souhaitons intégrer des outils de gestion dans le secteur soignant pour permettre à notre gouvernance de se déployer dans le cadre d'un véritable dialogue de gestion.

B. MISE EN ŒUVRE

1. MAINTIEN DE L'EQUILIBRE BUDGETAIRE ET DES DEPENSES

L'EPDR (Equilibre Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) 2018 tel que préparé initialement se présente comme tel pour les exercices à venir :

EPRD initial validé 2018-2022	B2018	B2019	B2020	B2021	B2022
Titre 1 - Charges de personnel	11 607 598	11 479 061	11 409 460	11 491 270	11 571 909
Titre 2 - Charges à caractère médical	234 802	236 410	238 035	239 675	241 332
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	2 169 518	2 161 238	2 110 222	2 083 835	2 091 196
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	797 860	861 525	937 055	861 582	772 792
TOTAL DES CHARGES	14 809 778	14 738 233	14 694 771	14 676 362	14 677 230
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	13 181 100	13 181 100	13 181 100	13 181 100	13 181 100
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	1 044 128	1 044 128	1 044 128	1 044 128	1 044 128
Titre 3 - Autres produits	455 741	462 907	413 407	413 407	413 407
TOTAL DES PRODUITS	14 680 969	14 688 135	14 638 635	14 638 635	14 638 635
RESULTAT PREVISIONNEL	-128 809	-50 098	-56 136	-37 727	-38 595

L'équilibre est difficile à maintenir et la tendance n'est pas favorable.

- ✓ Les budgets sont en baisse depuis quelques années, et il faut donc compenser les augmentations mécaniques des charges par des réductions de dépenses, en essayant de préserver au mieux les capacités de prise en charge.

	Dotation annuelle					Variations							
	2014	2015	2016	2017	2018	2015/2014		2016/2015		2017/2016		2018/2017	
DAF INITIALE	13 402 909 €	13 355 804 €	13 291 996 €	13 247 337 €	13 151 346 €	-47 105 €	-0,35%	-63 808 €	-0,48%	-44 659 €	-0,34%	-95 991 €	-0,72%
DM		43 287 €	53 442 €	113 131 €									
TOTAL DAF	13 402 909 €	13 399 091 €	13 345 438 €	13 360 468 €	13 151 346 €	- 3 818 €	-0,03%	-53 653 €	-0,40%	15 030 €	0,11%	-95 991 €	-0,72%

- ✓ La visibilité budgétaire est de plus en plus réduite. Le discours politique sur la préservation de la psychiatrie ne s'est pas traduit en chiffres en 2018 puisque la réduction en début de campagne est de -0.72 %. La complexité des données transmises en début de campagne est telle que la compréhension des enveloppes s'avère très difficile (à titre d'exemple Dupré s'est vu amputer d'une somme bien supérieure à celle qui sera produite par l'augmentation du forfait journalier). Enfin les budgets sont transmis très tardivement (pour 2017, DAF (Dotation Annuelle de Financement) initiale en juin et allocations de fin de campagne en mars 2018) rendant le pilotage annuel très incertain et le dialogue de gestion avec les cadres

et les IRP plus difficile, les politiques d'économies de la direction n'étant plus assez adaptées, faute de visibilité.

- ✓ L'exercice 2020 s'annonce comme un exercice particulièrement difficile car une conjonction d'éléments intervient sur ce même exercice : travaux de Clérambault générant une dotation supplémentaire aux amortissements, fin annoncée du CITS (Crédit d'Impôts de la Taxe sur les Salaires), probable poursuite de la diminution de la DAF, ouverture de l'unité d'addictologie sous-financée par rapport au besoin, travaux lourds de rénovation des toitures. Ce sera l'exercice charnière au cours duquel, sauf inversement de tendance, il faudra dégager des économies significatives, que l'on peut estimer à ce jour à hauteur de 300 K€ annuels.
- ✓ Des efforts d'adaptation significatifs ont déjà été consentis depuis plusieurs années : réorganisation de l'équipe non médicale de L'Escale Ado, suppression des « Extras », réorganisation partielle des équipes de nuits, réorganisation de l'équipe restauration, réorganisation du service financier, suivi rigoureux des dépenses courantes (entretien, achats divers ...). Actuellement les marges restantes impliquent de réévaluer les effectifs et l'organisation du travail.

L'équilibre devra être maintenu en étudiant les pistes suivantes :

- ✓ Taux d'encadrement soignant (politique RTT, politique de remplacement, organisation des plannings).
- ✓ Réorganisation du standard avec probable suppression du standard de nuit.
- ✓ Niveau de recettes hospitalières : bonne maîtrise de la politique d'ouverture et gestion anticipée de la couverture mutuelle.

Cet équilibre devra être maintenu sans bousculer l'organisation et la qualité des prises en charge car il est fondamental que les professionnels médicaux et soignants puissent se projeter dans une certaine continuité de leurs pratiques. Réorganiser est possible, mais avec mesure et concertation.

2. INSCRIPTION DANS LES TRAVAUX NATIONAUX (ENC) ET ANTICIPATION D'UN CHANGEMENT DE TARIFICATION

La clinique Dupré s'est engagée depuis 2014 dans les travaux de l'Echelle Nationale des Coûts. Ces travaux consistent à échanger avec l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) /ARS sur nos données, en expliquant nos particularités de prises en charge, afin de faire évoluer les tableaux nationaux. A titre d'exemple, pour le RTC 2017, création d'un onglet détaillé pour expliquer les activités transversales.

Un changement de tarification à l'activité, annoncé et repoussé depuis une quinzaine d'années, paraît toujours plus incertain. S'y préparer est donc une gageure, aucune visibilité n'étant possible à l'heure actuelle. Pour autant, il est primordial de se préparer à ce qui pourrait être un financement modulé sur des alignements de moyennes régionales. Ainsi l'analyse des retraitements comptables (RTC) est important, et utiliser une bonne méthodologie pour le remplissage du RTC tout aussi important.

Coût Régionaux 2016 (source RTC ATIH 2016) :

- ✓ **Hospitalisation Temps Complet**
 - Dupré : 393.60€ / journée
 - Moyenne régionale : 409€ / journée.
- ✓ **Hospitalisation Temps Partiel**
 - Dupré : 237.15€ / journée
 - Moyenne régionale : 235€ / journée.

- ✓ **CATTP**
 - Dupré : 115.45€ / acte
 - Moyenne régionale : 165€ / acte.
- ✓ **Consultations - Centre de Psychothérapie/ Relais**
 - Dupré :
 - Centre de Psychothérapie 179.83€ / acte
 - Relais 193.19€ / acte
 - Moyenne régionale : 177€ / acte.

Il faudra donc que tous les services puissent avoir des coûts moyens suffisamment proches des moyennes régionales pour rester dans un niveau permettant, le cas échéant, des adaptations à la marge sans restructuration lourde. Certes, la prise en charge des adolescents implique un taux d'encadrement élevé pour produire des soins très actifs, mais par ailleurs Dupré n'a pas les surcoûts générés par les très gros hôpitaux de secteur. Un différentiel marginal reste donc un objectif raisonnable, sachant qu'à ce jour nous n'avons que des données informatives.

3. MAINTIEN DE LA CAPACITE D'INVESTISSEMENT

Les résultats excédentaires de ces dix dernières années nous ont permis de constituer des réserves d'investissement à hauteur de 2 268 K€. Par ailleurs la centralisation des amortissements par le siège génère une réserve de 4 014K€. Au total ce sont donc 6 282K€ qui peuvent être mobilisés au profit d'un programme architectural qui sera nécessairement ambitieux, compte tenu du vieillissement de notre patrimoine immobilier. La programmation avoisine les 9 466K€. Le recours à l'emprunt sera donc nécessaire mais limité au regard de ces éléments, permettant de ne pas dégrader la situation de l'établissement.

De nombreux travaux vont être engagés dans la période de réalisation de ce projet d'établissement. Les travaux ne sont pas encore tous programmés, et encore moins chiffrés, mais leur nécessité est évidente. Les trois principaux programmes sont :

- ✓ Travaux sur le site Clérambault : restructuration de l'UPA et préparation de l'arrivée du service d'addictologie pour un montant d'environ 2 650 K€.
- ✓ Travaux de rénovation des clos et couverts sur les sites Roosevelt et Pierre Lab pour un montant d'environ 1 816 K€.
- ✓ Transfert du service GB sur le site principal Roosevelt pour un montant qui pourrait être proche de 5 000K€.

4. DEPLOYER LES OUTILS DE GESTION DANS LE SECTEUR SOIGNANT

Dans le précédent projet nous prévoyions la modernisation de nos outils de gestion : comptabilité analytique, contrôle de gestion, processus budgétaire, facturation et suivi de l'activité, codage PMSI... Tous ces éléments sont maintenant acquis et mis en place en routine.

Par ailleurs nous avons mis en place sur la même période une gouvernance qui vise à associer pleinement l'encadrement médical et soignant à la direction et à la gestion de l'établissement. La concrétisation de cette gouvernance passe aussi par une appropriation des outils et indicateurs de gestion permettant à l'encadrement médical et soignant de partager une vision chiffrée de tous les aspects du fonctionnement de leur service. En 2018 sont inaugurés des tableaux de gestion, par service, reprenant les éléments essentiels du fonctionnement :

- ✓ Suivi des admissions activité hospitalière et durées de séjours.
- ✓ Codage PMSI.
- ✓ Coûts financiers type dons, séjours thérapeutiques...
- ✓ Consommation de médicaments en euros et en molécules.
- ✓ Ressources humaines : effectifs, remplacements, absentéisme, formation...
- ✓ Suivi des actions qualité / GdR : audits, CREX, FSEI...

Il conviendra de faire vivre ces tableaux qui sont utilisés dans les rencontres régulières entre d'une part, le coordinateur médical et le cadre supérieur de santé, et d'autre part, le médecin chef et le cadre de santé.

5. AMELIORER LA FONCTION ACHAT

Dans le cadre d'une meilleure mutualisation des pratiques FSEF, et en l'occurrence sous l'impulsion d'un collègue, une politique d'achats groupés est mise en place afin d'optimiser les couts. Les achats en matière de gaz, copieurs, fournitures, linge sont déjà réalisées ou en cours. Un référencement commun auprès de centrales d'achats est également à l'étude, ainsi qu'une meilleure efficience pour le poste médicaments.

6. OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Maintien des exercices à l'équilibre.
- ✓ Participation à l'ENC (Echelle Nationale des Coûts).
- ✓ Maintien des coûts d'activité conformes aux moyennes régionales tous établissements confondus.
- ✓ Reconstituer des réserves financières pour d'une part compléter le besoin du programme. actuel et d'autre part commencer à préparer les tranches futures.
- ✓ Faire vivre le dialogue de gestion avec les services sur la base de tableaux d'indicateurs.
- ✓ S'inscrire pleinement dans les travaux d'achats mutualisés FSEF pour aboutir à des économies financières.

PATRIMOINE

→ TRAVAUX SUR LE SITE CLERAMBAULT : RESTRUCTURATION DE L'UPA ET PREPARATION DE L'ARRIVEE DU SERVICE D'ADDICTOLOGIE POUR UN MONTANT D'ENVIRON 2 650 K€ :

Les objectifs sont :

1. **Améliorer et sécuriser la structuration fonctionnelle de l'UPA** qui est actuellement insuffisante et vieillissante. Concrètement le projet aura pour effet d'améliorer :
 - ✓ Le confort d'hébergement : création de salle d'eau individuel dans les chambres, agrandissement des salons et salles à manger,
 - ✓ L'ergonomie de travail : relocalisation stratégique des postes infirmier et des bureaux médicaux,
2. **Créer un service de 10 lits en prise en charge d'addictologie** dans les murs existants.
3. **Créer un pôle médical** commun à l'ensemble des services du site et permettant une plus meilleure lisibilité de l'organisation du site.
4. **Maintenir un minimum de 2 chambres** pour les non sorties de patients le week-end.

→ TRAVAUX DE RENOVATION DES CLOS ET COUVERTS SUR LES SITES ROOSEVELT ET EVENTUELLEMENT PIERRE LAB POUR UN MONTANT D'ENVIRON 1 816 K€ :

Une remise en état des couvertures, toitures, terrasses et façades des bâtiments sur l'ensemble des sites Roosevelt et Pierre Lab, est à programmer. Un audit « clos et couverts » mené en 2017 permet d'évaluer les dépenses à 1 816 K€. Les travaux sur le site de Pierre Lab seront programmés en fonction des possibilités de recentrement de ces activités sur le site de Roosevelt.

→ TRANSFERT DU SERVICE GINKGO BILOBA SUR LE SITE PRINCIPAL ROOSEVELT :

Le site Pierre Lab est occupé par un service de 25 lits (Ginkgo Biloba) ainsi que trois appartements de fonction. Le patrimoine est détenu par la clinique dans le cadre d'un bail emphytéotique consenti par l'Education Nationale et courant jusqu'en 2063. D'une part, les toitures (petites tuiles anciennes, grande hauteur) sont à rénover et l'investissement ne paraît pas très pertinent, et les coûts d'entretien (type chaudière, sécurité...) ne sont pas mutualisables avec les deux autres sites vu l'éloignement géographique. D'autre part, ce service est isolé, ce qui pose des problèmes de rationalisation des effectifs, et l'ergonomie du service rend la surveillance des patients beaucoup plus difficile.

Nous envisageons d'abandonner cet équipement au profit d'un nouveau bailleur et de reconstruire le service sur un terrain mitoyen au site Roosevelt que la Fondation a acquis en 2014. L'opération pourrait avoisiner les 5 000K€, sachant que nous n'en sommes qu'à la partie exploratoire consistant à rechercher le transfert du site Pierre Lab.

→ MAINTENANCE ET SECURITE DES BATIMENTS : maintenance préventive et curative, modernisation des outils, etc.

→ LA FONDATION SEF EST ENGAGEE DANS UN IMPORTANT PROJET DE STRUCTURATION DE SA GESTION PATRIMONIALE. CE PROJET VISE NOTAMMENT : une optimisation des charges de fonctionnement liée au fonctionnement des bâtiments.

→ LA CONSTITUTION D'UNE BASE DE DONNEES IMMOBILIERE PRECISE

Concrètement, cela se traduira pour la clinique Dupré par :

- ✓ la mise en place d'un contrat de performance énergétique qui aura pour effet de réduire les consommations d'énergie et d'améliorer le pilotage de la maintenance au travers un outil de GMAO,
- ✓ La mise en place d'outil informatique de gestion des demandes de travaux,
- ✓ La modélisation BIM des trois sites de la clinique.

AUTRES FONCTIONS LOGISTIQUES

Dupré a toujours priorisé la qualité des prestations logistiques comme soutien de la prise en charge des patients et de la qualité de vie au travail.

L'effort devra être maintenu en l'état, malgré les contraintes budgétaires.

→ RESTAURATION

Le niveau haut de restauration participe pleinement à la qualité de la prise en charge au long cours des adolescents. Mais l'attrait du self, où déjeunent de très nombreux professionnels, favorise également les échanges professionnels interstitiels, et participe donc indirectement à la cohérence de l'établissement.

Notons que les efforts d'efficience consentis depuis de nombreuses années place l'établissement en situation très correcte en matière de coût par repas, en deçà de la moyenne FSEF et très légèrement inférieur aux moyennes régionales (RTC 2017).

→ SERVICE TECHNIQUE, MAINTENANCE ET ENTRETIEN

La qualité des locaux, quoique vieillissants, est maintenue grâce à des investissements significatifs. Les investissements et coûts d'entretien liés à la sécurité sont toujours préservés malgré les contraintes budgétaires.

A noter que l'implantation en 3 sites distincts au sein de la ville de Sceaux est un facteur de complexité et de coût supplémentaire.

Ces différents éléments entraînent un coût d'entretien/maintenance nettement plus significatif que la moyenne régionale (59€ versus 49€ au m²).

Une organisation mixte entre maintenance interne et externalisée est maintenue.

Enfin les évolutions annoncées dans la gestion de la fonction patrimoine au siège devraient à terme permettre de soutenir les compétences locales et d'engager des actions d'efficience communes.

OBJECTIFS ET INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Rénovation complète de l'UPA et de la zone rez-de-chaussée Clérambault dans la perspective de l'arrivée d'une nouvelle unité d'addictologie
- ✓ Travaux de clos et couverts du site Roosevelt
- ✓ Etude d'un projet de relocalisation du site P. Lab sur le site Roosevelt
- ✓ Modernisation de la gestion du patrimoine (banque de données, méthodes et efficience économique)
- ✓ Maintien d'un haut niveau de restauration
- ✓ Maintien d'un bon niveau de maintenance des sites

A. AXE STRATEGIQUE DES SYSTEMES D'INFORMATION

La Fondation SEF s'engage dans une politique ambitieuse de transformation numérique.

Il s'agit de la version 2.0 des évolutions SI (Système d'Information) de la Fondation qui avait déjà connu une première politique de transformation enclenchée en 2003.

Un Schéma directeur est en cours de préparation, sa temporalité correspondant à celle du projet d'établissement.

Cette transformation impliquera des efforts financiers significatifs, qui à ce jour ne sont pas encore chiffrables, le schéma directeur étant en cours de préparation, mais qui seront à intégrer à la politique de gestion de l'établissement.

B. MISE EN ŒUVRE

- ✓ Dossier patient et messagerie sécurisée : refonte totale du dossier patient informatisé (système d'information patient – SIP) et utilisation exclusive (plus de dossier papier). Création d'un tronc commun avec comme objectif l'amélioration des processus métiers (dossier patient, PMSI, planification et soins et processus décisionnel). Des interfaces sont prévues avec la partie facturation et le logiciel de gestion des agendas élèves de l'éducation nationale (Pronote).
La Fondation va également se doter d'une messagerie sécurisée ASIP santé.
- ✓ Déploiement d'un Intranet, comprenant une base documentaire et des formulaires associés concernant tous les secteurs d'activité. Le socle FSEF comprendra une base commune DG (Direction Générale) et une déclinaison par établissement. L'objectif est double : rendre disponibles toutes les documentations et identifier des processus métiers qui peuvent être dématérialisés, avec un circuit de validation (en premier lieu le secteur RH). L'objectif est de fiabiliser et d'enrichir les pratiques tout en produisant une efficacité en termes de temps passés sur ces processus.
- ✓ Evolution du logiciel de gestion du temps et des plannings (Agiletime) : analyse et refonte du paramétrage de l'outil en effectuant en amont les études d'écarts et en fixant les règles de gestion du temps communes pour tous les établissements.
- ✓ Déploiement d'outils de travail collaboratif (Skype, drive, VPN : Virtual Privat Network) permettant de fluidifier les échanges et la communication entre les professionnels.
- ✓ Augmentation de la capacité réseau Même si Dupré est moins impacté que d'autres établissements de la FSEF par les problématiques de connectivités et de bande passante, un effort devra être consenti compte tenu des projets en cours.
- ✓ Poursuite de la maîtrise des outils de téléphonie, copieurs et impressions. Le renouvellement du parc répondra à un double objectif de maîtrise financière des coûts et de bonne disponibilité des outils.
- ✓ Assurer la bonne maîtrise des modes de fonctionnement dégradés et de plans de retour à l'activité. Les défauts d'électricité, de serveur, de connexion téléphonique, de logiciels ont des impacts de plus en plus forts compte tenu de l'évolution des pratiques. La clinique doit bien maîtriser les modes dégradés et assurer la formation et les réflexes des professionnels pour ce faire.

A. AXE STRATEGIQUE

La clinique Dupré inscrit dans sa politique globale d'établissement son engagement dans le développement durable.

B. RÉFÉRENCES

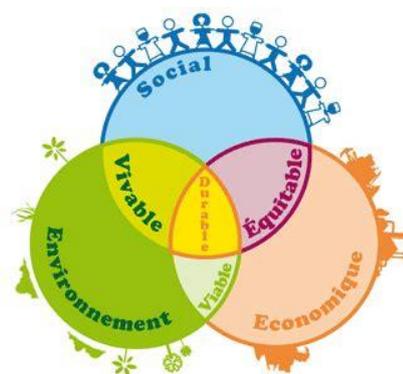
- ✓ « Rapport Brundtland » - 1987 - Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'Organisation des Nations Unies
- ✓ Loi « Grenelle I » - 3 août 2009
- ✓ Loi « Grenelle II » - 12 juillet 2010
- ✓ Critère 1.b « engagement dans le développement durable » du manuel de certification des établissements de santé V2010.

C. DEFINITION ET ENJEU DU DEVELOPPEMENT DURABLE

La définition de référence du développement durable est issue du rapport Brundtland : "Le développement durable est un mode de développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs".

Le développement durable représente un enjeu de taille pour un établissement de santé. Une modification des habitudes et l'implication de tous les professionnels sont nécessaires pour intégrer le développement durable dans les pratiques quotidiennes. Et ceci en prenant en compte les trois aspects du développement durable :

- ✓ l'aspect environnemental.
- ✓ l'aspect social.
- ✓ l'aspect économique.



D. MISE EN ŒUVRE

Actuellement des actions concernant le développement durable sont mises en place au sein de la clinique Dupré.

- ✓ **Amélioration de la qualité de vie des patients**
 - Réalisation annuelle d'enquêtes de satisfaction à destination des patients.
 - Participation des patients à la commission restauration (biannuelle).
- ✓ **Amélioration de la qualité de vie des salariés**
 - Déploiement du dispositif d'intégration des professionnels par catégorie professionnelle.
 - Formation des professionnels notamment à la prévention du harcèlement au travail, aux gestes d'urgence, à la gestion de l'agressivité et de la violence, aux risques physiques.
 - Renforcement de la campagne d'entretien annuel de progrès.
 - Politique de promotion interne structurée et développée.
 - Réalisation tous les deux ans d'une enquête sur la qualité de vie au travail à destinations des professionnels.
 - Implication du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) au plus près du terrain.
 - Mise en place de badges professionnels aux personnels et visiteurs extérieur (sécurité).

- ✓ **Economie d'énergie**
 - Sensibilisation des professionnels sur l'économie d'énergie (éclairage, eau, etc.).
 - Déploiement en cours d'interpréteur avec radar intégré – détecteur de mouvement au sein de l'établissement.
 - Bilan des émissions de gaz à effet de serre et pré-diagnostic énergétique réalisé en 2013.
 - Audit bâtiminaire (clos et couvert) réalisé en 2018.
- ✓ **Gestion et tri des déchets**
 - Mise en place d'un tri sélectif des déchets au sein de l'établissement (ordures ménagères, tri sélectif, déchets organiques, DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés).
 - Réalisation d'un audit tous les deux ans sur le respect du tri des déchets.
 - Actions de sensibilisation à destination des professionnels et des patients réalisées sur le respect du tri des déchets.
 - Mise en place de collecteurs de piles au sein de l'établissement.
- ✓ **Utilisation d'aliments issus de l'agriculture biologique**
 - Déploiement des aliments issus de l'agriculture biologique servis au self.
- ✓ **Achats écoresponsable**
 - Produits de bionettoyage écoresponsable (écolabel).

E. OBJECTIFS

- ✓ Réaliser un diagnostic développement durable et identifier les actions prioritaires à mener.
- ✓ Définir un référent développement durable.
- ✓ Créer une commission développement durable.
- ✓ Informatiser complètement le dossier patient (0 papier).
- ✓ Poursuivre les formations à destination des professionnels en lien avec la qualité de vie au travail (geste et posture, risque psychosociaux, harcèlement, etc.).
- ✓ Poursuivre les actions de sensibilisations à destinations des professionnels et des patients sur le thème du développement durable.
- ✓ Poursuivre les enquêtes de satisfaction à destination des professionnels et des patients.
- ✓ Poursuivre les audits en lien avec le développement durable.
- ✓ Poursuivre le déploiement des interrupteurs avec radar intégré - détecteur de mouvement.

F. INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Taux de satisfaction global des patients.
- ✓ Taux de satisfaction global des salariés.
- ✓ Taux d'informatisation du dossier patient.
- ✓ Nombre de formations à destination des professionnels en lien avec la qualité de vie au travail.
- ✓ Nombre d'actions de sensibilisation menées en lien avec le développement durable.
- ✓ Nombre d'audits réalisés en lien avec le développement durable.

A. AXE STRATEGIQUE

Dans le contexte actuel, il est primordial de renforcer la sécurité dans le secteur de la santé, dont les établissements hospitaliers constituent des cibles symboliques particulièrement vulnérables. C'est pourquoi la clinique Dupré s'engage à développer sa politique sureté et sécurité.

B. RÉFÉRENCES

- Instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

C. MISE EN ŒUVRE

La clinique Dupré œuvre quotidiennement à l'amélioration des mesures de sureté et de sécurité. La direction, porte une attention particulière sur les investissements liés à l'amélioration de la sécurité ainsi que sur la communication et la formation des professionnels dans les différents secteurs d'activité de la clinique.

→ PLAN DE SECURISATION D'ETABLISSEMENT (PSE) :

La clinique Dupré a élaboré en 2018, en collaboration avec les forces de l'ordre, un Plan de Sécurisation d'Etablissement. L'élaboration du PSE a permis de mettre en évidence les risques non maîtrisés liés à la sureté et la sécurité de l'établissement. Un plan d'actions a été élaboré afin de pallier ces risques.

Le PSE est revu annuellement au sein du Comité de Direction.

→ PLAN BLANC ET GESTION DE CRISE :

L'établissement dispose également d'un plan blanc et gestion de crise qui est articulé avec le PSE.

→ SENSIBILISATION ET FORMATION DES PROFESSIONNELS :

Les professionnels de l'établissement sont régulièrement sensibilisés à la sureté et la sécurité au travers de différents canaux de communication (journal interne, affichage, séminaires, etc.).

Ils sont également formés à la gestion de l'agressivité et de la violence.

Des procédures sur la conduite à tenir en cas d'urgence sont élaborées et mises à disposition des professionnels.

→ INVESTISSEMENT :

Des investissements visant à améliorer la sureté et la sécurité au sein de l'établissement sont réalisés annuellement.

D. OBJECTIFS / AXES STRATÉGIQUES

- ✓ Mettre en œuvre les actions issues du plan de sécurisation d'établissement.
- ✓ Poursuivre la sensibilisation des professionnels en termes de sureté et sécurité.
- ✓ Poursuivre la formation des professionnels dans le cadre de la sureté et la sécurité.

E. INDICATEURS DE SUIVI

- ✓ Taux de professionnels formés à la sécurité – sureté.
- ✓ Taux d'actions du plan de sécurisation réalisé.
- ✓ Investissements réalisés pour améliorer la sécurité de l'établissement.

LES PARTENARIATS

LES PARTENARIATS

A. DIAGNOSTIC ET STRATEGIE

La Clinique Dupré s'inscrit dans un dispositif locorégional avec un maillage régional qui se traduit par des partenariats et des coopérations fortes.

Des partenariats sont développés dans quatre grands axes :



B. MISE EN ŒUVRE

→ PARTENARIATS LOCAUX ET ASSOCIATIFS SOUTIEN DES ACTIVITES DES PATIENTS

Pour permettre à nos patients de bénéficier de projets de soins pleinement ancrés dans l'environnement, afin de préparer leur future insertion professionnelle et sociale, la clinique a développé plusieurs partenariats avec des associations proches pour la réalisation d'activités thérapeutiques ou de stages :

✓ **Mairie de Massy et Festival des primeurs de Massy**

Dupré participe depuis une quinzaine d'années au festival de musique « les primeurs de Massy » porté par la Mairie de Massy. Il s'agit d'un festival nouvelle scène qui se déroule en novembre au théâtre Paul Baillard. Une trentaine de patients encadrés par 8 à 10 soignants y participent. Il s'agit d'un travail intense en situation professionnelle réelle permettant d'évaluer les compétences et de susciter des orientations dans le cadre d'un partenariat actif.

✓ **Le plus petit cirque du Monde**

Les patients participent à cette activité thérapeutique de nature circadienne, co-animée par des professionnels, dans les locaux du plus petit cirque du monde situé à Bagneux.

Le plus petit cirque du monde, par son engagement fort dans les activités de lien social sur un territoire plutôt défavorisé, permet à nos patients des rencontres bien différentes de leur environnement et permet une ouverture d'esprit sur les formes plurielles de la société.

✓ **La MJC (Maison des Jeunes et de la culture) de Sceaux**

La mise à disposition de locaux de danse par la MJC permet de réaliser l'activité dans des conditions beaucoup plus favorables. Cela constitue la première étape d'un partenariat qui a vocation à se densifier vers des stages où nos patients pourront s'engager vers du bénévolat et de meilleures insertions sociales.

✓ **Le théâtre du Bout du Monde**

Le partenariat avec ce théâtre permet à Dupré de partager une expertise professionnelle dans la préparation et la réalisation de spectacles de théâtre. Après avoir réalisé une activité théâtre à vocation thérapeutique tout au long de l'année, les patients sont placés dans un cadre contraint et exigeant pendant deux semaines afin d'assurer la préparation intégrale d'un spectacle, tant au plan artistique qu'au plan technique.

✓ **ARPEJEH (Accompagner la Réalisation des Projets d'Etudes de Jeunes Elèves et Etudiants Handicapés)**

Depuis l'automne 2014 la Clinique Dupré a créé de façon active un partenariat avec ARPEJEH situé dans le 8^e arrondissement de Paris. Ce partenariat a pour vocation de promouvoir la qualification des personnes handicapées en accompagnant les jeunes adolescents et adultes scolarisés de 15 à 30 ans dans leur parcours de formation et la construction de leur projet professionnel. Il s'est concrétisé par des visites découvertes du monde de travail (informatique, entreprise Deloitte, les éditions Hachette, hôtelleries de luxe et divers entreprises comme Carrefour, etc.). Les perspectives sont des stages possibles dans ces diverses entreprises.

→ **PARTENAIRES HOSPITALIERS, MEDICO-SOCIAUX ET INSTITUTIONNELS :**

✓ **EPS ERASME Antony**

La Clinique Dupré a développé un partenariat avec l'hôpital psychiatrique Erasme, situé à Antony, qui assure la sectorisation du territoire sur lequel la clinique est géographiquement implantée. Ce dispositif pluriel se décline en plusieurs axes :

- Accueil de psychiatres assistants dans le cadre de conventions de temps partagés.
- Partenariat clinique avec le Pôle I07 et en particulier entre le CMP Odyssée situé à Sceaux et nos services Relais et CATTP : adressage mutuel de patients dans le cadre d'une complémentarité de prise en charge, action recherche, échanges entre professionnels ou conduite de réunions communes pour des professionnels externes.
- Participation commune au Conseil local de santé mentale de la ville de Sceaux.

✓ **CROIX ROUGE FRANCAISE – CENTRE PIERRE NICOLE**

En 2012, une convention de partenariat a été signée entre la clinique Dupré et le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Pierre Nicole de la Croix-Rouge Française, situé à Paris à proximité de Port Royal.

En effet, l'Agence Régionale de Santé Ile de France a confié à la clinique Dupré et au centre Pierre Nicole le soin d'accueillir dans le cadre de cette convention l'équipe du Docteur Olivier PHAN afin de mettre en place une consultation jeunes consommateurs et une équipe de liaison pour adolescents souffrant d'addictions. Ce partenariat a permis de développer les prises en charge familiales des jeunes dans le cadre d'un protocole de soins MDFT (Thérapie familiale multidimensionnelle), mais

aussi des formations à destination d'autres centres (PJJ, ASE (Aide Sociale à l'enfance), etc.) pour déployer ce type de prise en charge et cette méthode. Une partie de la formation et de la recherche est financée par la MILDECA.

✓ **Filières de soins**

La Clinique Dupré se situe résolument en aval des grands services hospitalo-universitaires de psychiatrie de l'adolescent. La maison des adolescents à Cochin, dirigée par le Pr MORO, le service du Pr CORCOS à l'Institut Mutualiste Montsouris, le service du Professeur COHEN à la Pitié-Salpêtrière, mais aussi les services du Professeur GOLSE et les services de l'ASM 13, les services de l'Hôpital Antoine Béchère, nous adressent régulièrement des patients. Ce travail en réseau permet d'organiser chaque année des synthèses cliniques générales, qui sont importantes pour assurer des parcours patients fluides et cohérents. Au-delà de ces services nous recevons également des patients issus de l'hôpital Erasme (CMPP et Unité UH Ado) et de psychiatres libéraux.

Dupré dispose de six postes d'internes, généralement tous pourvus, ce qui nous permet à la fois de transmettre des savoirs et savoir-faire, mais aussi de faciliter le recrutement des assistants et les liens ultérieurs avec d'autres services, quand nos anciens internes deviennent assistants, PH (praticien Hospitalier) etc. dans d'autres établissements hospitaliers, facilitant ainsi les liens cliniques pour les patients.

✓ **Les établissements de la Fondation Santé des Etudiants de France**

Sous l'impulsion du nouveau directeur général, les établissements, en particulier franciliens, ont opéré une politique de rapprochement et de réflexion sur les pratiques professionnelles, aboutissant à une certaine harmonisation.

Un prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en cours de négociation avec l'agence régionale de santé (ARS) est l'occasion d'une réflexion tant sur nos pratiques professionnelles de prise en charge (processus d'admission par exemple) que sur l'efficacité de nos activités.

La montée en charge du centre de formation Fondation est aussi l'occasion de renforcer les coopérations et les pratiques des professionnels de santé.

Enfin un travail sur les systèmes d'information participe à ce mouvement général, sachant qu'en matière financière un gros travail d'harmonisation était déjà en cours depuis plusieurs années, permettant une amélioration significative des pratiques.

✓ **Education nationale – lycée Lakanal**

L'annexe médico-pédagogique Dupré est naturellement reliée à la cité scolaire Lakanal, lycée de rattachement de l'Education Nationale. Dans certaines disciplines, les enseignants ont un service partagé entre les deux lieux : le lycée Lakanal et l'annexe.

Les orientations pédagogiques de l'annexe sont discutées lors des séances du Conseil d'administration du lycée Lakanal ou de la commission pédagogique d'établissement.

✓ **La double prise en charge médicale et pédagogique**

L'annexe du Lycée public Lakanal permet aux patients de poursuivre des études de la 2nde à la terminale d'enseignement général, de bénéficier d'un tutorat dans le cadre de la poursuite de leurs études supérieures ou d'intégrer un Module d'Orientation et d'Insertion Professionnelle (MOIP).

Par la double prise en charge soins et études, il y a préservation du lien social et des possibilités de poursuivre ou de reprendre leurs études tout au long de leur hospitalisation voire d'aller vers une insertion scolaire ou professionnelle ultérieure.

Outre cet aspect, les études participent à la prise en charge thérapeutique : effet sur le fonctionnement cognitif, renforcement des parties saines, narcissisation, meilleure acceptation du soin.

Par ailleurs, des liens avec d'autres lycées de proximité ont permis d'étoffer l'offre d'enseignement : voies technologiques et professionnelles. Des perspectives de conventions sont à l'étude.

→ **IMPLICATION DANS LES RESEAUX ET ORGANISATIONS DE SOINS**

✓ **RESPECT, Réseau de soins psychiatriques et psychologiques pour les étudiants**

La clinique est partenaire du réseau et le Dr Benhamou a pu intervenir lors de leur dernier congrès en mai 2018 sur « la souffrance psychologique des étudiants ».

La santé des étudiants a fait l'objet de nombreux rapports dont certains, récents, soulignant la carence d'accès et d'offre de soins concernant cette population. L'ambition de RESPECT est :

- D'animer un réseau fonctionnel des acteurs de soins dédiés à la prise en charge des troubles psychiques des étudiants Paris Ile de France.
- De favoriser le partage d'expérience et le développement de projets innovants.
- De promouvoir une prévention primaire et secondaire efficiente et spécialisée pour les étudiants.
- De favoriser les liens entre les structures de soins par une meilleure connaissance mutuelle au service des articulations.

✓ **MILDECA, Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives**

La MILDECA est un soutien constant depuis la création du centre d'addictologie en 2012.

Son soutien a facilité la création de la consultation, puis a permis de mettre en place les programmes de formations MDFT à destination des consultations jeunes consommateurs ou d'équipes de la protection judiciaire de la jeunesse.

✓ **ADESM, (Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale)**

Depuis 2016 Dupré adhère à l'ADESM, association loi 1901, qui réunit des directeurs d'établissements psychiatriques et a pour objets d'assurer la promotion des institutions de santé mentale et de créer entre elles des relations d'utile collaboration.

Sous l'impulsion de Luce Legendre, les réunions régionales permettent :

- de travailler sur les évolutions règlementaires, tarifaires, organisationnelles,
- d'assurer un partage d'information entre FHF (Fédération Hospitalière de France) et FEHAP (Fédération des Etablissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs),
- de mieux connaître les dispositifs régionaux, ressources et établissements intervenant dans le cadre de la santé mentale.

Au niveau national l'ADESM, organise des journées d'échange, d'information ou de travail sur tous les sujets importants qui touchent aujourd'hui les établissements psychiatriques.

→ **PARTENARIATS AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES**

✓ **La mairie de Sceaux**

Les liens avec la municipalité de Sceaux sont anciens, de grande qualité, et se renforcent au fil des ans.

Dupré s'associe aux évènements scéens, que ce soit :

- Dans le secteur de l'action familiale et pour la jeunesse, avec une participation aux évènements organisés comme les conférences Focus Jeunes, une convention dans le cadre des actions de prévention notamment sur le quartier des Blagis permettant à l'équipe du relais, et en particulier au Dr Pinel, d'intervenir en supervision d'équipe ou en soutien clinique sur des situations complexes.
- Dans le secteur de l'action sociale et de la santé, avec la participation au Conseil local santé mentale, à des journées thématiques pour les professionnels du réseau.

- Dans le secteur de l'Economie sociale et solidaire par l'inscription de Sceaux dans le réseau Sceaux-Up.

La municipalité permet également à Dupré d'organiser des événements de qualité en prêtant chaque fois que cela est nécessaire des salles, et notamment les salles de « l'ancienne Mairie » pour organiser des conférences ou des activités artistiques pour les patients.

C. OBJECTIF ET INDICATEURS DE SUIVI

Continuer à renforcer et à développer des actions de partenariats dans les quatre axes de travail :

- ✓ Diversification des activités thérapeutiques et des partenaires supports.
- ✓ Développement et formalisation de nos partenariats avec les établissements hospitaliers, médico-sociaux. Le développement de certains projets de recherche communs permet de potentialiser les liens déjà existants et d'en susciter de nouveaux.
- ✓ En ce qui concerne l'éducation nationale, le souhait est de pouvoir développer des partenariats avec d'autres lycées et notamment autour des filières professionnelles.
- ✓ Continuer à être présents auprès des collectivités territoriales, autour des actions qu'elles conduisent tant au niveau de la prévention que de la formation.
- ✓ Les réseaux, il est important de pouvoir participer et être acteur des réseaux de soins et de professionnels qui visent à favoriser les parcours de soins ; ils sont des outils importants dans la connaissance des filières d'amont et d'aval à l'hospitalisation.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES OBJECTIFS STRUCTURANTS

DOMAINE	CE QU'IL FAUT RETENIR	LES OBJECTIFS DU PROJET
DIAGNOSTIC STRATEGIQUE ET TERRITORIALITE	<ul style="list-style-type: none"> • Dupré doit confirmer sa place de référent en psychiatrie de l'adolescence, • Inscription en réseau pour la fluidité des parcours et des prises en charge, • Réaffirmation de la vocation régionale et de la place locale pour l'ambulatoire, • Inscription dans l'harmonisation des process sous l'impulsion de la direction générale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conventions avec les principaux partenaires et notamment MDA (déclinaison CPOM), • Soutien et recensement des actions en faveur de notre territoire et des synthèses et échanges cliniques avec des professionnels externes, • Inscription dans les travaux du Projet territorial de santé mentale (DT 92), • Analyse des process de prise en charge et des activités supports pour une structuration FSEF (groupes de travail DG).
GOUVERNANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Inscription active dans travaux FSEF relative à la gouvernance médico-soignante, • Une modalité de gouvernance stable depuis une dizaine d'année, • Collégialité médico soignante tout en préservant les lieux des décisions, • Régulation de l'articulation direction / secteur médical / soignant pour éviter les effets de clivage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion interne sur la mise en œuvre de la gouvernance pour dégager des points d'amélioration (plan d'action suite mission RH 2018), • Renforcement des outils de pilotage (indicateurs, tableaux de bord, compte qualité, audits ...) et de leur diffusion.
PROJET MEDIAL		
HARMONISATION DES PRATIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Une démarche d'harmonisation qui vise à créer un socle commun, • Préservation de la capacité de créativité des équipes, • Développement de pôles d'expertise clinique bénéficiant à tout l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Une structuration plus marquée. (Cf. Schéma : page 21)

DOMAINE	CE QU'IL FAUT RETENIR	LES OBJECTIFS DU PROJET
<p>ORGANISATION DU PARCOURS SOINS – ETUDES</p> <p>PREADMISSION ET ADMISSION :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un processus d'admission commun à la FSEF, • Harmonisation du parcours d'admission et d'accueil dans les services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raccourcissement des délais de réponse, • Indicateurs FSEF, • Standardisation du processus d'accueil et des périodes d'évaluations.
<p>ORGANISATION DU PARCOURS SOINS – ETUDES</p> <p>PROJET INDIVIDUALISE DU PATIENT :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une prise en charge pluri professionnelle, • Une prise en charge complète : accompagnement dans le quotidien, médiations et séjours thérapeutiques, entretiens médicaux et soignants, association de la famille, prise en charge co-construite soins et études, synthèses, évaluations régulières. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une prise en charge clairement déterminée et harmonisée et pour chaque type de prise en charge, • Bien identifier et favoriser les objectifs soins-études de chaque patient (PIP – contrat de soins), • Intégrer une certaine différenciation des prises en charge (pathologies OMS – patients traceurs – chemins cliniques), • Mener une réflexion sur la mise en place de chemins clinique par type de prise en charge, • Développer les audits patients traceurs dans les unités de soins, • Création d'un atelier du médicament, dans l'esprit d'une ETP.
<p>ORGANISATION DU PARCOURS SOINS – ETUDES</p> <p>PREPARATION DE LA SORTIE :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la sortie dès l'admission du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer et penser la sortie, c'est à dire la séparation dès l'entrée, pour répondre au mieux : <ul style="list-style-type: none"> ○ à la réflexion sur les durées de séjour (évaluation / raccourcissement), ○ aux besoins de réinsertion scolaire, professionnelle, sociale, ○ aux besoins d'évaluation des compétences professionnelles.

DOMAINE	CE QU'IL FAUT RETENIR	LES OBJECTIFS DU PROJET
POLE INSERTION PROFESSIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Pérennisation et renforcement de notre pôle insertion professionnelle en complément de l'offre pédagogique pour préserver au mieux l'avenir des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confronter le patient au monde professionnel, évaluer ses compétences, développer son autonomie, • Disposer d'une palette d'ateliers assez large pour répondre à tous les profils, • Favoriser la co-animation soignants – professionnels – professeurs, • Allouer des moyens nouveaux pour renforcer ce pôle en lien étroit avec l'éducation nationale.
PRISE EN CHARGE HORS SOINS-ETUDES UPA :	<ul style="list-style-type: none"> • Structuration du parcours de soins et de la prise en charge, • Préciser les indications d'admission : possibles et limites d'une hospitalisation en service libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovation complète de l'unité sur le plan architectural (2019), • Formation et soutien des professionnels, • Renforcement des partenariats en amont et en aval.
PRISE EN CHARGE HORS SOINS-ETUDES RELAIS – CATTp :	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le fonctionnement du service qui est satisfaisant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien d'un niveau d'activité élevé, • Formaliser les liens de partenariat (Maison des adolescents ... dans le cadre du CPOM), • Développer la collaboration avec les établissements de la FSEF, • Volet recherche avec réseau des Relais FSEF.
PRISE EN CHARGE HORS SOINS-ETUDES LE CENTRE DE PSYCHANALYSE	<ul style="list-style-type: none"> • Psychothérapies psychanalytiques et psychodrame, • Un dispositif facilitant l'accès aux soins ambulatoires (prévention secondaire) dans un contexte où l'offre publique est saturée (CMP) et l'offre privée couteuse, • Des missions cliniques, de recherche et de formation, • Un service encore jeune en phase de stabilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préserver les moyens du service, en maintenant les recrutements, • Développer une activité scientifique, de recherche et de formation.

DOMAINE	CE QU'IL FAUT RETENIR	LES OBJECTIFS DU PROJET
PRISE EN CHARGE HORS SOINS-ETUDES ADDICTOLOGIE :	<ul style="list-style-type: none"> • Activité multiple reposant sur une équipe pluridisciplinaire, • Son développement est un enjeu majeur pour la clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une unité d'hospitalisation (10 lits) en préservant la liaison, • Maintenir la consultation, • Développer des actions de prévention et formation (milieu scolaire, universitaire, établissements FSEF).
DROIT DU PATIENT ET PLACE DE LA FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de la place du patient et de la famille dans la prise en charge, accent mis sur la préservation de leurs droits, • Les pratiques professionnelles s'inspirent des travaux des instances (CDU, groupe bientraitance), • Recueil de l'expression directe des patients au quotidien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des professionnels, • Pérenniser les audits et les évaluations (enquête familles, satisfaction des patients), • Développer des groupes de paroles familles en temps plein.
DOSSIER PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement d'un nouveau logiciel patient informatisé (HM en 2019) comme source d'amélioration des pratiques et du recueil de l'information, • Dupré est très impliqué dans la politique de déploiement (établissement pilote, présence au COPIL, un expert paramétrage / formation à Dupré, un médecin référent national). 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner activement le changement du projet SIP, • Améliorer le recueil et le traitement des informations relatives à la prise en charge du patient (dossier patient, circuit du médicament, planification), • Informatisation complète et zéro papier, • Informatisation des dossiers d'ambulatoire, • Renforcement des audits et indicateurs par une automatisation.
PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	<ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser, sécuriser et valoriser le circuit du médicament actuel. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'inscrire dans la démarche du CAQES, • Reprendre la réflexion engagée sur le hors-AMM, • Développer la formation et la sensibilisation des professionnels (audits – formation), • Développer des ateliers « médicaments » dans l'esprit d'une éducation thérapeutique du patient.

DOMAINE	CE QU'IL FAUT RETENIR	LES OBJECTIFS DU PROJET
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de la douleur intégrée au parcours de soins, • CLUD et référents douleur impliqués dans la démarche, • Recueil de l'expression directe des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Former et sensibiliser les professionnels à la prise en charge de la douleur, • Maintenir la politique d'évaluation de la satisfaction des patients, • Mener une réflexion sur les alternatives à la prise charge médicamenteuse de la douleur.
ACTIVITE SCIENTIFIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Une activité scientifique trop peu valorisée compte tenu de nos potentialités et moyens, • Une démarche de formation professionnelle continue importante et diversifiée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de la démarche en lien avec la politique FSEF en cours de démarrage, portée par le Pr Nathalie Godart, PU-PH.
EVOLUTION DE CERTAINES FONCTIONS SOIGNANTES		<ul style="list-style-type: none"> • Redéfinition de la place des éducateurs spécialisés au sein des services, • Déploiement de la référence soignante.
MUTUALISATION DES ESPACES ET DES MOYENS	<ul style="list-style-type: none"> • Une mutualisation trop limitée qui devient indispensable compte tenu de l'augmentation de nos activités et de la pression sur les moyens, • Les travaux de Clérambault sont l'occasion de s'exercer aux mutualisations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mutualisation de certains locaux de soins, • Développement de la mobilité interne, • Favoriser le déploiement de la transversalité.
LES ETUDES	<ul style="list-style-type: none"> • La rentrée 2018 est marquée par une normalisation du fonctionnement et un redémarrage de la dynamique de prise en charge après une période difficile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une prise en charge individualisée, • Densification des dispositifs de passerelle avec l'extérieur, rattachement scolaire, insertion professionnelle, suivis post-bac, • Une meilleure harmonisation des temporalités éducation nationale / soins, • Amélioration des dispositifs de liaison entre le secteur éducation nationale et le secteur soins, • Une nouvelle prise en charge à construire pour les futurs patients de l'unité addictologie.

DOMAINE	CE QU'IL FAUT RETENIR	LES OBJECTIFS DU PROJET
LES FONCTIONS SUPPORTS		
DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Certification V2014 en 2015 (niveau A), prochaine en 2021 • Engagement fort de la direction, • Déploiement des audits internes, • Déploiement des référents, • Utilisation d'outils simples et partageables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser la démarche qualité avec les modalités actuelles, • Déployer le pilotage par indicateurs.
RESSOURCES HUMAINES	<ul style="list-style-type: none"> • Une politique RH qui doit prioriser le recrutement, la promotion interne, l'intégration, la formation, l'évaluation, les capacités de management, les conditions de travail, la qualité de vie au travail, mais également la maîtrise de la masse salariale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les process recrutement / intégration, • Pérenniser des formations de qualité, • Renforcer les entretiens annuels et leur utilité, • Préserver la maîtrise de la masse salariale, • Renforcer les conditions de la qualité de vie au travail, • Repenser l'organisation du service RH pour renforcer son rôle de soutien aux équipes, • Évolution du logiciel de gestion du temps.
GESTION - FINANCES	<ul style="list-style-type: none"> • La perspective 2020 -2022 est dégradée après une dizaine d'années de budget à l'équilibre, • Des moyens qui restent significatifs, • L'unité addictologie à intégrer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conserver l'équilibre budgétaire en travaillant sur des pistes d'économies, • Renforcer l'efficience logistique (politique achats, énergies...), • S'inscrire dans les travaux nationaux de tarification et de benchmark, • Maintenir les capacités d'investissement pour un patrimoine à préserver, • Déployer des outils de gestion dans le secteur soignant.

DOMAINE	CE QU'IL FAUT RETENIR	LES OBJECTIFS DU PROJET
PATRIMOINE ET LOGISTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Un patrimoine vieillissant, • Une maintenance et entretien des locaux préservés, • Une restauration de qualité à un prix conforme aux moyennes, • Des projets ambitieux de rénovation du patrimoine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration de l'UPA et rdc Clérambault, • Rénovation des clos et couverts sur Roosevelt et peut-être P. Lab, • Étude de faisabilité de la réimplantation de GB sur Roosevelt.
SYSTEME D'INFORMATION	<ul style="list-style-type: none"> • Un système d'information qui nécessite une rénovation ambitieuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refonte du système d'information patient avec une forte implication de Dupré dans les travaux FSEF, • Intranet, • Déploiement logiciel YES – démarche qualité GdR • Gestion du temps et des plannings, • Outils de communication (skype, ...), • Augmentation de la capacité réseau, • Redimensionnement des postes téléphonie et copieur.
DEVELOPPEMENT DURABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Quelques actions en cours : amélioration de la qualité de vie des patients et des professionnels, économie d'énergie, gestion et tri des déchets, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un diagnostic développement durable et poursuivre les actions en cours, • Economies d'énergie, • Dossier patient informatisé – zéro papier.
POLITIQUE DE SECURITE	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de sécurisation d'établissement, • Plan blanc et gestion de crise, • Sensibilisation et formation des professionnels, • Investissements préservés pour améliorer la sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser la formation et la sensibilisation des professionnels sur la sécurité, • Etc.
LES PARTENARIATS	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats locaux et associatifs en soutien des activités des patients, • Implication dans les réseaux et les organisations de soins de proximité, • Partenaires hospitaliers, médico-sociaux, institutionnels, • Partenariats avec les collectivités locales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conforter nos partenariats, • Développer des conventions (MDA – CPOM), • S'inscrire dans le projet territorial de santé.

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur participation tous les professionnels qui ont activement contribué à la préparation de ce projet. L'absence de consultants externes a rendu l'implication des uns et des autres particulièrement indispensable.

Mme Selingue, responsable qualité, pour la coordination générale des travaux, et son aide indispensable,

Docteur Amiet, Docteur Chang, Docteur Khairallah, M. Makdissi, Mme Chevalier, M. Ragot, Mme Toussaint, pour avoir piloté les groupes de travail,

Docteur Balkan, Docteur Escaut, Docteur Lenjalley, Docteur Malet, Docteur Mamou, Docteur Pinel, Docteur Villette, Mme Gary-Decobert, M. Meunier, Mme Baboz, M. Bonnet, Mme Cartagena, Mme Clavreul, Mme Collet, Mme Copy, Mme Fernandes, Mme Fredenucci, Mme Klotchkoff, Mme Lachkar, Mme Lamarque, Mme Meunier, M. Misrahi, Mme Mornacco, Mme Mondon, Mme Oger, Mme Parlavecchio, Mme Paumel, Mme Payet, Mme Pitrel, Mme Porte, Mme Rizzo-Doublet, Mme Roca, Mme Rodriguez, Mme Wernoth, pour leur participation active

M. Beaugrand, directeur général, et M. Vernin, directeur général-adjoint pour leur soutien essentiel,

M. Durand, directeur national de la pédagogie, pour le travail approfondi de correction et les conseils qui nous ont évités bien des erreurs,

M. Bonijoly, M. Fall, Pr Godart, Mme Magnan, Mme Ramé-Mathieu, directeurs et directrices du siège pour leurs apports et relectures attentives,

Mme Holas, directeur des études, et l'équipe enseignante pour la partie pédagogique, et en particulier Mme Boisseau, M. David, Mme Jammet, M. Labrousse, M. Lebbad, Mme Marsot, pour leur participation aux groupes de travail

Mlle Dusaulx et Mme Galat, secrétaires de direction, pour leur aide sur tout le projet,

Mme Bochard et Mme Vanlerberghe, adjointes de direction pour les parties administratives et logistiques,

Mme Aisenstein, Mme Adominicai, Mme Baba, Mme Doduik, Mme Kaci, pour le centre de psychanalyse,

Les représentants du personnel pour leurs critiques utiles et constructives,

Mme Paoli, M. Cade et M. Le Goc, représentants des usagers pour leur participation,

Mme Wernoth, psychologue pour la co-rédaction de la partie historique qui est incluse dans l'annexe,

Docteur Papanicolaou et M. Miguel, ancien coordinateur médical et ancien cadre supérieur pour avoir accompagné le démarrage de cette longue démarche.

B. Charrel, Directeur

Dr Benhamou, Coordinateur médical

AM. Doret, Cadre supérieur

A fin décembre 2018.

LA DIRECTION :

- ✓ **Blandine CHARREL**, Directeur,
- ✓ **Docteur Patricia BENHAMOU**, Coordinateur médical et Présidente de la CME,
- ✓ **Nathalie HOLAS**, Directeur des études et Provisseure-adjointe du Lycée Lakanal,
- ✓ **Fabienne BOCHARD**, Adjointe de direction finances, logistique,
- ✓ **Anne-Marie DORET**, Cadre supérieur de santé,
- ✓ **Camille VANLERBERGUE**, Adjointe de direction Ressources Humaines.

L'ENCADREMENT :

Les services :

Service Bellechasse :

- ✓ **Docteur Patricia BENHAMOU**, Médecin-chef,
- ✓ **Docteur Déborah MALET**, Médecin adjoint,
- ✓ **Sylvie CHEVALIER**, Cadre de santé.

Service Clérambault :

- ✓ **Docteur Loubna KHAIRALLAH**, Médecin-chef,
- ✓ **Docteur Gregor MAMOU**, Médecin assistant,
- ✓ **Pierre MEUNIER**, Cadre de santé.

Service UPA

- ✓ **Docteur Laurent PINEL**, Médecin-chef,
- ✓ **Docteur Camille CAUDAL**, Médecin adjoint,
- ✓ **Isabelle GARY-DECOBERT**, Cadre de santé.

Service Hôpital de jour Honnorat :

- ✓ **Docteur Toré BALKAN**, Médecin-chef,
- ✓ **Docteur Maxime PLAIZE**, médecin assistant,
- ✓ **Frédéric RAGOT**, Cadre de santé.

Service Ginkgo Biloba :

- ✓ **Docteur Claire AMIET**, Médecin-chef,
- ✓ **Aline TOUSSAINT**, Cadre de santé.

Centre de psychanalyse :

- ✓ **Docteur Patricia BENHAMOU**, Médecin-chef,
- ✓ **Mme AISENSTEIN**, conseiller scientifique.

Service addictologie :

- ✓ **Docteur Olivier PHAN**, Médecin-chef,
- ✓ **Docteur Alexandre ESCAUT**, Médecin assistant,
- ✓ **Pierre MEUNIER**, Cadre de santé.

Service Escale Ado (Relais et CATTP) :

- ✓ **Docteur Laurent PINEL**, Médecin-Chef,
- ✓ **Dr Marie VILLETTE**, Médecin adjoint,
- ✓ **Frédéric RAGOT**, Cadre de santé.

Pharmacie :

- ✓ **Fadi MAKDISSI**, Pharmacien et Président du CLIN.

Services logistiques et administratifs :

- ✓ **Odile CHARTIER**, Chef comptable,
- ✓ **Fanny FLEURIOT**, Technicienne de l'information médicale,
- ✓ **Elodie RIBARDIERE**, Cheffe de cuisine,
- ✓ **Annick LOBBE**, Gouvernante,
- ✓ **José MATEUS**, Administrateur réseau,
- ✓ **Mohamed MEDOUKALI**, Responsable service technique,
- ✓ **Dafné JUTON**, Assistante sociale,
- ✓ **Mélissa SELINGUE**, Responsable Qualité Gestion des Risques.

GLOSSAIRE

ADESM : Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale
AFGSU : Formation aux gestes et soins d'urgences
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
API : Association Psychanalytique Internationale
APF : Association Psychanalytique de France
ARCHIMED : Analyse des risques liés au Circuit Hospitalier inhérent aux MEDicaments
ARES : Action Recherche sur l'Effacité du Soins/études
ARPEJH : Accompagner la Réalisation des Projets d'Etudes de Jeunes Elèves et Etudiants Handicapés
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BIP : Bulletin d'Information du Personnel
CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDU : Commission Des Usagers
CE : Comité d'Entreprise
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CITS : Crédit d'Impôts de la Taxe sur les Salaires
CJC : Consultation Jeune Consommateur
CLIN : Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte Contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CODIR : Comité de Direction
COMEDIMS : Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles
COFIL : Comité de Pilotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire
CQ : Compte Qualité
CR : Compte-rendu
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CV : Curriculum Vitae
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés
DG : Direction Générale
DGS : Direction Générale de la Santé
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DP : Délégué du Personnel
DPC : Développement Professionnel Continu
DSI : Direction des Systèmes d'Information
DU : Diplôme Universitaire

EF : Entretien Familial
EGF : Echelle Globale de Fonctionnement
ENC : Echelle Nationale des Coûts
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD : Equilibre Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP : Education Thérapeutique du Patient
ETP : Equivalent Temps Plein
EPS : Education Physique et Sportive
EVA : Echelle Visuelle Analogique
FEHAP : Fédération des Etablissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF : Fédération Hospitalière de France
FIR : Formation Information Recherche des psychologues
FSEF : Fondation Santé des Etudiants de France
FSEI : Fiche de Signalement d'Événement Indésirable
GB : Ginkgo Biloba (service temps complet de la clinique Dupré)
GdR : Gestion des Risques
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GVT : Glissement Vieillesse Technicité
HAS : Haute Autorité de Santé
HBPM : Héparines de Bas Poids Moléculaire
HDJ : Hôpital De Jour
HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires
HTC : Hôpital Temps Complet
ICALIN : Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC : Indice de Masse Corporelle
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPP : Identifiant Permanent du Patient
IRP : Instances Représentatives du Personnel
MDFT : Thérapie Familiale Multidimensionnelle
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
MJC : Maison des Jeunes et de la Culture
MOIP : Module d'Orientation et d'Insertion Professionnelles
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PE : Projet d'Etablissement
PH : Praticien Hospitalier
PHEV : Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville
PIP : Projet Individualisé du Patient
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMR : Personne à Mobilité Réduite
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSE : Plan de Sécurisation d'Etablissement
PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RESPPET : Réseau de Soins Psychiatrique et Psychologique pour les Etudiants

RDV : Rendez-vous
RH : Ressources Humaines
RMP : Réunion Médico-Pédagogique
RTC : Retraitement Comptable
RTT : Récupération de Temps de Travail
RTU : Recommandations Temporaires d'Utilisation
SE : Soins-Etudes
SEF : Santé des Etudiants de France
SI : Système d'information
SIH : Système d'Information Hospitalier
SIP : Système d'Information Patient
SPP : Société Psychanalytique de Paris
SPRF : Société Psychanalytique de Recherche et de Formation
TA : Tension Artérielle
TIM : Technicien d'Information Médicale
TV : Télévision
UCP : Unité Centrale de Production
UH ado : Unité d'hospitalisation adolescents
UPA : Unité Post Aigue
USIP : Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie
VPN : Virtual Private Network