

CENTRE HOSPITALIER ALPES-ISÈRE

Projet d'établissement 2019-2023



TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 01 – INTRODUCTION AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT	10
✦ INSCRIPTION DU PROJET DANS LES ORIENTATIONS NATIONALES, REGIONALES ET TERRITORIALES	10
1. LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE (2018-2022) ET LA FEUILLE DE ROUTE POUR LA PSYCHIATRIE.....	10
2. LA MISE EN PERSPECTIVE DES OBJECTIFS DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE.....	11
Les éléments de diagnostic sur les points de rupture	12
Les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l' offre de soins pour l' activité de psychiatrie	13
3. LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE (PTSM).....	14
L' objet du PTSM.....	14
Le PTSM en Isère.....	14
4. LE CONTRAT PLURIANNUEL D' OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)	15
✦ ÉLABORATION DU PROJET D' ETABLISSEMENT	16
1. LA TEMPORALITE DE LA DEMARCHE	16
2. LA TRANSVERSALITE DE LA DEMARCHE.....	18
3. UNE DEMARCHE ITERATIVE ET COLLABORATIVE.....	19
CHAPITRE 02 – PROJET MÉDICAL	22
✦ L' ORGANISATION TERRITORIALE DES PARCOURS	24
1. ROLE PIVOT DU CMP.....	25
Le CMP garant du parcours de soins et de la permanence des réponses.....	26
Des pistes de travail pour diminuer les délais de rendez-vous.....	28
Le rôle de la fonction réseau en support de l' activité du CMP	28
Une attention particulière aux âges de la vie « délicats »	29
Aborder les parcours de santé dans une approche systémique avec les familles et les partenaires.....	31
2. LES REPONSES A LA CRISE : PROMOUVOIR DES REPONSES DIVERSIFIEES EN ALTERNATIVE A L' HOSPITALISATION COMPLETE.....	32
Promouvoir les réponses aux crises à partir de chaque type de structure	32
Promouvoir les hôpitaux de jour pour la prise en charge intensive et de situation de crise, la prévention des hospitalisations et l' accompagnement à la sortie d' hospitalisation..	32
3. DEVELOPPER LES EQUIPES MOBILES FORMEES A L' IDENTIFICATION PRECOCE DE SITUATIONS NECESSITANT DES SOINS, A FAVORISER L' ENGAGEMENT DANS LES SOINS ET LE MAINTIEN DU LIEN SOCIAL, A LA PRISE EN CHARGE DE POPULATIONS SPECIFIQUES.....	35
4. LES SOINS SPECIFIQUES : CONSOLIDER ET DEVELOPPER LES DISPOSITIFS SPECIFIQUES A FONCTIONS TRANSVERSALES.....	36
Tableau et description des dispositifs spécifiques existants et à consolider.....	37
Descriptif synthétique des dispositifs ambulatoires à fonctions transversales ainsi que leurs perspectives de consolidation.....	39
UCAP Accueil des urgences psychiatriques au CHU (> 18 ans) Unité de Consultation et d' Avis Psychiatriques.....	39
Plateforme référentielle des auteurs (adultes) d' infractions à caractère sexuel	39

Service Médico-Psychologique Universitaire (SMPU).....	40
Alliance adolescent.....	40
Réhabilitation C3R.....	41
Centres Experts Schizophrénie et Asperger.....	42
PARI (Psychothérapie Application et Recherche Intersectorielle).....	42
UMTS ergothérapie sociothérapie.....	43
L' éducation thérapeutique.....	43
Unités de soins psychiatriques pour détenus - USN2 Unité Sanitaire de Niveau 2.....	43
Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI).....	44
Précarité.....	45
Périnatalité.....	45
Filière addictologie au Centre Ambulatoire de Santé Mentale (CASM).....	46
Plateau technique pour les soins psychothérapeutiques.....	48
Soins aux migrants : consultations transculturelles.....	48
Souffrance et travail : consultation de psychopathologie du travail.....	49
Consultation TSA adulte.....	49
5. DEVELOPPER LES COLLABORATIONS AVEC LE RESEAU DE SOINS PRIMAIRES (MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES, MAISON DE SANTE, PROFESSIONNELS DE SANTE).....	49
6. DEVELOPPER LA COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES, EN AFFIRMANT LE ROLE SANITAIRE DE L' HOPITAL.....	51
Avec les services socio-éducatifs.....	52
Avec les établissements et services médico-sociaux.....	52
Avec les acteurs de la cité, des villes et des métropoles.....	52
Avec l' ensemble des acteurs.....	53
Avec les associations d' usagers et de pairs-aidants.....	53
Avec l' éducation nationale.....	53
Avec la justice.....	53
Avec les établissements sanitaires notamment dans le cadre du GHT.....	53
7. LA LISIBILITE : AMELIORER LA LISIBILITE DE L' OFFRE DE SOINS.....	54
Rendre plus lisible l' organisation des pôles.....	54
Lisibilité de la palette des dispositifs de soins.....	54
✦ L' ORGANISATION HOSPITALIERE DES PARCOURS.....	56
1. ASSURER UNE HOSPITALISATION DE QUALITE DANS LE PARCOURS DU PATIENT.....	58
Maintenir la capacité actuelle des unités d' hospitalisation prenant en charge toutes les pathologies rencontrées en psychiatrie générale.....	58
Poursuivre les actions portant sur la qualité des soins.....	59
2. DEVELOPPER LES PARCOURS SPECIFIQUES POUR TROUBLES DEBUTANTS, COMORBIDITES, SITUATIONS COMPLEXES, CRISE SUICIDAIRE, PSYCHOSE CHRONIQUE EN PERTE PROGRESSIVE D' AUTONOMIE.....	60
3. CONSOLIDER LES UNITES SPECIFIQUES A FONCTIONS TRANSVERSALES.....	61
4. PROMOUVOIR LES SOINS SOMATIQUES POUR LA POPULATION PRISE EN CHARGE.....	62
5. DIMINUER LE RECOURS AUX SOINS SANS CONSENTEMENT AVEC UNE ATTENTION PARTICULIERE AUX PROCEDURES POUR PERIL IMMINENT.....	64
6. VEILLER A UN MOINDRE RECOURS A L' ISOLEMENT ET LA CONTENTION DANS LE RESPECT DES RECOMMANDATIONS HAS.....	66
Annexes projet médical.....	67

Données d'activité en appui au projet médical.....	95
Références bibliographiques.....	117
CHAPITRE 03 – PROJET DE SOINS INFIMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICOTECHNIQUES.....	122
✦ LA PHILOSOPHIE ET LA CONCEPTION DU SOIN	122
Axe 1 – Accompagner les évolutions des pratiques professionnelles dans le parcours de soins du patient et promouvoir les droits des usagers.....	123
Axe 2 – Renforcer la complémentarité entre les professionnels pour un parcours de soins du patient coordonné	125
Axe 3 – Renforcer l'appropriation d'une culture d'amélioration de la qualité, de la prévention et de la gestion des risques liés aux soins par les professionnels soignants au sein des pôles	129
Axe 4 – Accompagner l'encadrement dans les missions de management et de développement de l'expertise des professionnels.....	131
CHAPITRE 04 – PROJET SOCIO-ÉDUCATIF	136
✦ LES OBJECTIFS.....	136
✦ ÉTHIQUE ET VALEURS	137
✦ ORGANISATION.....	137
L'inclusion des Travailleurs Socio-Éducatifs (TSE) dans les équipes pluridisciplinaires	138
Organisation matricielle et transversale.....	138
✦ FOCUS SERVICE DES MAJEURS PROTÉGÉS (SMP)	139
Le public.....	139
Les mesures exercées.....	139
✦ PROSPECTIVES.....	140
1. DECLINAISON DU PROJET MEDICAL	140
2. COOPERATIONS ET GHT.....	140
Axe 1 - Coopérations.....	140
Axe 2 - GHT.....	141
CHAPITRE 05 – PROJET QUALITE / GESTION DES RISQUES.....	144
✦ OBJECTIFS DE LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES AU SEIN DU CHAI	144
1 – Promouvoir la culture qualité.....	144
2 – Associer les bénéficiaires de soins.....	145
3 – Développer une démarche de processus.....	145
4 – Construire une vision territoriale partagée	145
5 – Communiquer	145
✦ MANAGEMENT DE LA POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....	146
CHAPITRE 06 – PROJET DES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS ET DE LEURS PROCHES	148
✦ COMMISSION DES ASSOCIATIONS D' USAGERS (CDAU)	148
✦ PARCOURS DE VIE SANS RUPTURE.....	148
Axe 1 – La gouvernance.....	148
Axe 2 – Renforcer la place du Bénéficiaire de soins au cœur de son parcours.....	149

Axe 3 – Développer la pair-aidance en santé mentale.....	150
✦ GLOSSAIRE : PAIR-AIDANCE, RETABLISSEMENT, EMPOWERMENT.....	151
Le médiateur pair.....	151
Le rétablissement	151
L' empowerment.....	151
CHAPITRE 07 – PROJET DE PSYCHOLOGIE	154
✦ RAPPEL DE QUELQUES POINTS ESSENTIELS DES « ÉLÉMENTS POUR UN PROJET DE PSYCHOLOGIE » (2016).....	154
✦ DIVERSITE DES PRATIQUES CLINIQUES DES PSYCHOLOGUES DU CHAI	155
✦ CLINIQUE INSTITUTIONNELLE.....	156
✦ DISPOSITIFS DE SOINS PSYCHOLOGIQUES ASSOCIES AUX THEMATIQUES DU PROJET D' ETABLISSEMENT POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	157
1. LE TRAITEMENT DES DEMANDES DANS LES STRUCTURES DE SOINS	157
Les entretiens d' accueils ou entretiens dits de nouvelles demandes.....	157
L' exercice de la psychothérapie.....	158
2. LA PARTICIPATION DES PSYCHOLOGUES A DES EQUIPES MOBILES.....	159
3. L' IMPLICATION DES PSYCHOLOGUES DANS LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DES EQUIPES... ..	159
4. L' IMPLICATION DES PSYCHOLOGUES DANS DES REFLEXIONS INSTITUTIONNELLES TRANSVERSALES.....	160
La violence dans l' institution	160
Accompagnement du parcours de soins du patient.....	160
Création de groupes d' accueil parents/enfants dans les CMP en pédopsychiatrie.....	161
Réflexion sur de nouveaux dispositifs de soins psychologiques, transversaux à l' ensemble de la psychiatrie adulte/pédopsychiatrie	162
✦ CONCLUSION.....	164
CHAPITRE 08 – PROJET SOCIAL	166
✦ ÉLABORATION DU PROJET SOCIAL 2019-2023	166
✦ BILAN DU PRECEDENT PROJET SOCIAL ET DIAGNOSTIC ACTUALISE.....	167
1. BILAN 2009-2015.....	167
2. DIAGNOSTIC ACTUALISE.....	167
✦ LES THEMATIQUES DU PROJET SOCIAL 2019-2023.....	178
1. LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	178
Savoir travailler ensemble sur le fondement de valeurs communes, d' un sentiment d' appartenance et d' une confiance mutuelle.....	178
Accueillir et intégrer les nouveaux arrivants.....	178
Reconnaître et renforcer le professionnalisme – Encourager la participation des professionnels.....	178
Entretenir la motivation au travail.....	179
Développer le dialogue, la confiance et les relations entre professionnels (lieux d' échanges).....	179
Prévenir les situations génératrices de difficultés professionnelles (médiation, supervision, dispositifs d' accompagnement spécifiques).....	179

Promouvoir l' égalité et lutter contre les discriminations.....	179
2. LES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	180
Conforter une politique RH garantissant la mise en œuvre des projets et la sécurisation des parcours professionnels	180
Formaliser une politique de remplacement adaptée aux besoins institutionnels.....	180
Mise en œuvre et évaluation de la charte de gestion des contractuels.....	180
Optimiser les organisations à travers la gestion des RH.....	180
Protéger la santé et renforcer la synergie avec le service de santé au travail	180
Prévenir et gérer les risques professionnels (RP) et psychosociaux (RPS).....	180
Garantir un environnement de travail sécurisé	181
Accompagner et faciliter le développement et l' utilisation des nouvelles techniques de travail (téléconsultation, télé Réunion, télétravail.....)	181
Aménager les parcours de fin de carrière.....	181
3. LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES (GPMC)	181
Mettre en adéquation les besoins de l' établissement et les compétences.....	182
Accompagner les parcours professionnels internes et externes	182
Faciliter la transmission des savoirs et des compétences.....	182
Accompagner les nouveaux métiers.....	182
Identifier les métiers sensibles	183
Faciliter la mobilité professionnelle.....	183
4. LE MAINTIEN DES PROFESSIONNELS DANS L' EMPLOI.....	183
5. L' ARTICULATION VIE PRIVEE/VIE PROFESSIONNELLE	184
Conforter les dispositifs favorisant l' articulation vie privée/vie professionnelle.....	184
Recenser les besoins afin d' optimiser les prestations de service.....	184
6. LE DIALOGUE SOCIAL.....	184
Améliorer les relations avec les représentants du personnel.....	184
Créer des espaces de partage et d' échanges collaboratifs sur les projets et pratiques institutionnels.....	184
7. LE MANAGEMENT.....	185
Accompagner le personnel d' encadrement.....	185
Améliorer l' entretien d' évaluation (outil de GPMC, de management et de motivation)	185
Améliorer la communication avec les pôles et favoriser la circulation de l' information	185
Faire connaître et partager les orientations stratégiques institutionnelles.....	185
Optimiser les outils de communication	185
✦ LE PILOTAGE ET LE SUIVI	186
1. L' ORGANISATION DU PILOTAGE ET DU SUIVI.....	186
2. LE ROLE DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	186

CHAPITRE 09 – LE PROJET MANAGÉRIAL	188
✦ ACCOMPAGNER LA GOUVERNANCE PAR POLE ET GARANTIR UNE ORGANISATION TRANSVERSE DE L' ETABLISSEMENT SUR SON TERRITOIRE.....	188
✦ DONNER DU SENS A L' ACTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE ET FACILITER LES ECHANGES SUR LES INFORMATIONS ET PROJETS INSTITUTIONNELS	189
✦ CLARIFIER LES REGLES ORGANISATIONNELLES ET MANAGERIALES POUR UNE MEILLEURE VISIBILITE INSTITUTIONNELLE DU FONCTIONNEMENT DES POLES	191
✦ RENFORCER LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL, LE SENTIMENT D' APPARTENANCE ET L' ENGAGEMENT INSTITUTIONNEL.....	192
CHAPITRE 10 – PROJET PHARMACEUTIQUE	196
✦ CONTEXTE REGLEMENTAIRE.....	196
✦ DOCUMENTS INTERNES	196
✦ VOLET PHARMACEUTIQUE DU PROJET D' ETABLISSEMENT 2019-2023.....	197
Axe 1 – Système qualité et prévention des risques de la prise en charge médicamenteuse du patient.....	197
Axe 2 – Développer la pharmacie clinique.....	198
Axe 3 – Renforcer la formation et l' information	199
Axe 4 – Interfaces spécifiques avec le projet qualité et le projet système d' information	199
Axe 5 – Participer au projet pharmaceutique du GHT.....	199
CHAPITRE 11 – SCHÉMA DIRECTEUR DES SYSTÈMES D' INFORMATIONS	202
✦ LE SYSTEME D' INFORMATION DANS LE PROJET D' ETABLISSEMENT 2019-2023.....	202
✦ BILAN DU SDSI 2015-2019	203
✦ AXES ET PLANNING DU SDSI 2019-2023	205
1. SDSI GHT	205
2. SDSI CHAI	206
CHAPITRE 12 – SCHÉMA DIRECTEUR IMMOBILIER 2019-2023	212
✦ L' INTRA-HOSPITALIER.....	212
✦ L' EXTRA-HOSPITALIER.....	214
✦ RESPECT DES EQUILIBRES FINANCIERS.....	214
ANNEXES PROJET D' ETABLISSEMENT	215
Annexe 1 : note stratégique	216
Annexe 2 : rencontre avec les élus.....	221
Annexe 3 : fiches de pôle	223
Annexe 4 : questionnaire plateforme participative	237
Annexe 5 : questionnaire projet social	243
Annexe 6 : lettres « Demain ».....	257

Chapitre 01

Introduction au projet d' établissement

CHAPITRE 01 – INTRODUCTION AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Un projet d'établissement est un document de référence car il définit la politique générale de l'établissement pour une durée de cinq ans, notamment sur la base du projet médical. Il est aussi un document de synthèse garant d'une mise en cohérence d'un projet de prise en charge des patients avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, mais aussi avec un projet socio-éducatif, un projet pharmaceutique, un projet psychologique, un projet social et un projet des usagers.

Il est surtout l'occasion d'impliquer les professionnels dans une dynamique de réflexions, d'échanges et de propositions autour des objectifs du schéma régional de santé Auvergne-Rhône Alpes 2018-2023, des orientations stratégiques de l'établissement et de leur déclinaison opérationnelle.

Le projet d'établissement du CHAI sera sous-tendu par la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement, par les thématiques du programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018-2023 et par un principe de réalité financière (EPRD et PGFP) ; il intégrera aussi les évolutions du système d'information, du schéma directeur immobilier et la dynamique managériale.

Ce document réglementaire prévu par l'article L6143-2 du Code de la santé publique était nécessaire car sa non-formalisation depuis de nombreuses années entraînait un manque de visibilité sur le positionnement de l'institution sur son territoire d'intervention et sur le sens de l'action de chacun.

La rédaction de ce projet prend en compte les nombreuses attentes et contributions de professionnels, de représentants des collectivités locales, des partenaires, d'usagers ou de leurs représentants pour privilégier une approche pragmatique, transversale, collective, territoriale autour de projets partagés et évalués en intégrant la réalité des contraintes financières, organisationnelles et humaines.

Il n'a pas l'ambition d'être exhaustif mais seulement de définir, avec les parties prenantes, une vision commune de notre contribution dans l'amélioration ou la consolidation de l'organisation territoriale des parcours, du parcours hospitalier et des parcours professionnels.

✦ INSCRIPTION DU PROJET DANS LES ORIENTATIONS NATIONALES, REGIONALES ET TERRITORIALES

1. LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE (2018-2022) ET LA FEUILLE DE ROUTE POUR LA PSYCHIATRIE

La stratégie nationale de santé 2018-2022 vise à transformer chaque secteur de l'offre sanitaire et médico-sociale pour consolider les actions en matière de parcours et de coordination et proposer, dans une logique de complémentarité, des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture.

Les priorités doivent porter sur une meilleure articulation des étapes de transition entre la ville et l'hôpital et des interventions au domicile pour mieux anticiper la dégradation de la situation des personnes, ou les situations aiguës ou de crise liées à leurs pathologies.

2. LA MISE EN PERSPECTIVE DES OBJECTIFS DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE

Conformément aux articles L6143-2 et L3221-2 Code Santé Publique, le projet d'établissement du CHAI est compatible avec les objectifs du **schéma régional de santé** qui portent sur :

- la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé ;
- l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins ;
- le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ;
- l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Le schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023, élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS), sur le fondement d'une évaluation prospective des besoins à partir de l'évaluation des PRS, des données de santé de la région et de l'analyse des besoins de santé rencontrés par l'utilisateur dans son parcours de santé retient **six objectifs pour les cinq prochaines années** :

- **Développer les actions de prévention et promotion de la santé** en direction des nouveau-nés, des enfants en bas âge, des jeunes et de leurs parents sur les thèmes du surpoids, de l'obésité, des addictions ;
- **Développer les actions de prévention secondaire et tertiaire** en direction des patients souffrant de pathologies chroniques afin de les rendre davantage acteurs de leur prise en charge ;

- **Garantir pour tous**, avec une attention particulière pour les personnes socialement fragiles et les personnes en situation de handicap, l'accès aux soins de premier recours y compris aux soins non programmés dans un double enjeu : la réduction des inégalités géographiques et sociales de santé, et le soutien à domicile ;
- **Soutenir l'insertion en milieu ordinaire et l'accès aux droits communs** pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle de réponse coordonnée mise en œuvre en concertation avec les instances territoriales de santé ;
- **Promouvoir un parcours de santé adapté à la personne âgée** et renforcer les démarches de repérage précoce des fragilités ou des situations à risque, d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins à leur égard ;
- **Améliorer la précocité du repérage, du dépistage et du diagnostic en santé mentale** dans un enjeu de renforcement de la précocité des interventions, dans une approche éthique respectueuse des droits des usagers en situation de maladie mentale et de leurs familles.

Le CHAI intègre ces objectifs sur chacun desquels il peut être un acteur et un contributeur dans son projet d'établissement ; il s'appuie par ailleurs sur les éléments de diagnostic qui ont pu être identifiés dans ce cadre, notamment ceux qui portent sur les points de rupture dans le parcours en santé mentale.

Les éléments de diagnostic sur les points de rupture

Construire un projet d'établissement sur l'amélioration ou la consolidation de l'organisation territoriale des parcours, du parcours hospitalier et des parcours professionnels ne peut s'envisager sans une connaissance et une vigilance sur les points de rupture du parcours en santé mentale. Cet état des lieux, réalisé dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de santé, est repris pour la construction du projet d'établissement du CHAI.

Les points de rupture dans le parcours de santé mentale portent sur :

- **Le manque de lisibilité** dû à la multiplicité des acteurs et des champs d'intervention ainsi qu'à la diversité et au cloisonnement des pratiques ;
- **Le niveau d'information** sur les troubles psychiques à l'origine de stigmatisation ;
- **L'insuffisance de déploiement de programmes de promotion de la santé mentale** dans le champ de la petite enfance, en milieu scolaire et universitaire ;
- **Le repérage et le traitement des situations d'incurie dans l'habitat** ;
- **Le repérage des liens avec la précarité** ;
- **Les décès par suicide et les tentatives de suicide** (prévention des tentatives de suicide chez les adolescents, les personnes d'âge moyen, les personnes âgées, repérage du fait d'acteurs locaux et professionnels insuffisamment informés ou formés, difficultés de prise en charge et d'orientation liées notamment à un manque de connaissance des ressources existantes et d'interconnaissance des métiers et un développement insuffisant de la postvention, évaluation et le suivi des personnes ayant effectué une tentative de suicide) ;
- **L'accessibilité aux soins** ;
- **Le repérage insuffisant ou tardif** des troubles psychiques, des conduites à risque et des conduites suicidaires par les acteurs du premier recours, ceux du social, ceux du médico-social notamment chez le jeune enfant et la personne âgée et ceux du milieu scolaire pour ce qui concerne l'enfant et l'adolescent ;
- **La mauvaise coordination** des intervenants autour de la personne par méconnaissance des champs d'intervention de chacun, le défaut d'articulation entre les acteurs et les dispositifs, l'absence de culture commune et la diversité des pratiques ;
- **Un taux de recours trop bas** à l'hôpital de jour, un manque de solutions de prise en charge à temps complet autres que l'hospitalisation à temps plein, un recours trop fréquent à l'hospitalisation à temps plein, un accompagnement insuffisant des adolescents et des dispositifs leur étant destinés, des carences dans l'accès aux soins de réhabilitation psycho-sociale, un manque de places en SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé) et SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) pour les personnes handicapées psychiques ;
- **Des difficultés d'accès** aux soins somatiques et à certains soins spécialisés, à la pédopsychiatrie de liaison, aux services spécialisés de la psychiatrie de l'âgé, à certaines techniques spécifiques (ex : sismothérapie), à des avis psychiatriques à domicile ou en cabinet libéral pour les médecins généralistes ;
- **Un défaut d'anticipation** dans la prise en charge du patient avant la survenue d'une crise et le recours inadéquat aux services d'urgence,

notamment depuis le secteur médico-social ;

- **Les difficultés de gestion de parcours complexes**, les défauts de préparation à la sortie d'hospitalisation et d'organisation du retour à domicile ou en institution, les difficultés de réponse de la psychiatrie vis-à-vis des EHPAD ;
- **Le recours excessif aux soins sans consentement, l'usage insuffisamment maîtrisé des pratiques d'isolement et de contention** ;
- **Le défaut de scolarisation en milieu ordinaire** et le maintien en milieu ordinaire insuffisant pour les jeunes vivant avec des troubles psychiques, le défaut de solutions de logement adapté ou de droit commun pour les personnes vivant avec des troubles psychiques chroniques, les carences d'accès à l'emploi adapté et ordinaire des personnes handicapées psychiques, le manque de soutien aux aidants familiaux et l'isolement des familles.

Les objectifs qualitatifs et quantitatifs de l'offre de soins pour l'activité de psychiatrie

Les projets relatifs à la création, à la conversion et au regroupement des activités de soins de psychiatrie, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile sont soumis à l'autorisation de l'ARS (articles L6122-1 et R6122-25 du CSP).

En application des articles L1434-3 et D6121-7 du code de la santé publique, le schéma régional de santé précise les **objectifs qualitatifs et quantitatifs** de l'offre de soins et le nombre d'implantations des équipements et services assurant une activité de psychiatrie par zones définies au 2° du I de l'article L1434-3.

Le schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2023 fixe les **objectifs qualitatifs** pour réduire les inégalités de l'offre de soins en encourageant « l'aller vers » et la **télé médecine dans les zones faiblement pourvues en psychiatres**.

Il met l'accent sur le **rôle pivot des Centres Médico-Psychologiques (CMP)** en veillant à l'application des recommandations organisationnelles de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), sur l'augmentation nécessaire d'implantations **d'hospitalisation de jour de crise et d'unités d'hospitalisation de courte durée**. Il rappelle le rôle des **Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) pour des patients plus chroniques dépendants aux soins**.

Il préconise une vigilance sur les durées d'hospitalisation à temps plein en unité sectorielle et le développement de l'intervention **d'équipes mobiles** pour la gestion de la sortie d'hospitalisation et une prise en charge active dans la communauté (équipes mobiles de case management de transition et équipes mobiles de type Assertive Community Treatment).

Pour le département de l'Isère, **les objectifs quantifiés** pour les activités de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile portent sur les appartements thérapeutiques, l'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, l'hospitalisation complète et le placement familial thérapeutique.

Les seules perspectives d'évolution à la hausse concernent **l'hospitalisation à temps partiel de jour pour la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile et la création d'un centre de crise pour la psychiatrie infanto-juvénile**.

Le CHAI intègre ces objectifs opposables dans l'élaboration de son projet d'établissement qu'il s'agisse de la question de l'adéquation et de l'intensité de l'usage de chaque dispositif dans le parcours de soins psychiatriques ou de celle d'une modification des organisations pour privilégier de nouvelles approches.

3. LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE (PTSM)

L'objet du PTSM

L'article L3221-2 du Code de la santé publique dispose que le PTSM a pour objet **l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture**. Le projet territorial est défini sur la base d'un **diagnostic territorial** partagé en santé mentale qui identifie les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, afin de préconiser des actions pour y remédier.

Le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé (articles R3224-1 à 3224-10 du Code de la santé publique) précise qu'il organise l'accès de la population à des dispositifs et services en réponse à **six priorités** :

- **Déterminants sociaux environnementaux et territoriaux ;**
- **Repérage précoce, accès au diagnostic, soins et accompagnements ;**
- **Parcours de vie et de santé de qualité (réhabilitation, insertion...) ;**
- **Accès aux soins somatiques ;**
- **Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence ;**
- **Promotion des droits et lutte contre la stigmatisation.**

Le PTSM en Isère

En Isère, le Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a missionné la Commission Spécialisée Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé (CTS) pour son

élaboration. Le 19 décembre 2018, la CSSM a validé une méthodologie de projet du PTSM et désigné la Maison des Réseaux de Santé Isère (MRSI) comme coordinatrice du projet.

L'objectif du PTSM, comme celui du projet d'établissement du CHAI, est d'identifier et d'initier des pistes d'amélioration concrètes du parcours en santé mentale sur la base des six priorités définies par les textes.

La démarche d'élaboration du PTSM en Isère est concomitante à celle du projet d'établissement du CHAI. Les calendriers d'entretiens, de validation des axes de travail prioritaires et d'élaboration collective d'actions sont comparables. La mise en cohérence des deux approches est facilitée par la participation de professionnels du CHAI et des coordinatrices des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) au groupe opérationnel qui procède au recueil et à l'analyse des éléments du diagnostic qualitatif et quantitatif au niveau départemental.

Le diagnostic territorial partagé prend en compte les diagnostics locaux disponibles, les entretiens individuels, collectifs, les contributions déposées sur une plateforme par les professionnels libéraux et salariés des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux représentatifs de l'ensemble du département. Il intègre les données analysées par l'ORS.

Les propositions concrètes des acteurs du territoire seront ensuite formalisées par des groupes de travail représentatifs sur la base des priorités arrêtées, à partir du diagnostic partagé, par la sous-commission santé mentale issue du CTS.

4. LE CONTRAT PLURIANNUEL D' OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

Le CPOM liste les missions de service public, les implantations géographiques, les autorisations et reconnaissances d'activités et les financements alloués par l'ARS. Ce contrat porte sur la mise en œuvre opérationnelle des orientations stratégiques régionales à l'échelle de l'établissement et permet la validation des orientations stratégiques de l'établissement.

La période de négociation des CPOM est concomitante avec celle de l'élaboration du projet d'établissement du CHAI. Les orientations stratégiques et actions prioritaires sont présentes dans le projet d'établissement du CHAI.

Orientations stratégiques : PRS et coopérations territoriales	
Objectifs stratégiques	Actions obligatoires
Travailler les complémentarités au sein d'un territoire et être l'acteur pertinent de ces coopérations	Assurer la permanence et continuité des soins dans le cadre de la coopération inter établissements : favoriser les coopérations inter-établissements au titre de la permanence et continuité des soins/mutualisation
Garantir un accès aux urgences de qualité	Améliorer le lien avec la médecine ambulatoire et les EHPAD afin d'éviter les passages aux urgences, notamment des personnes âgées
	Participer à la réflexion territoriale de la PEC des urgences dans un contexte démographique contraint des urgentistes
Renforcer la structuration du lien ville-hôpital en amont et aval de l'hôpital	
Contribuer à la lutte contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins	
Améliorer le parcours des populations vulnérables au sein de l'hôpital	Adapter l'accueil des Personnes Handicapées (PH) à l'hôpital
	Participer à l'élaboration du diagnostic partagé de territoire conduisant au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)
	Améliorer l'organisation de l'offre en périnatalité au sein du territoire (maternités)
	Améliorer le repérage, l'accueil, la prise en charge des enfants victimes de violences (urgences)
Contribuer directement à la promotion de la santé et à la prévention, ainsi qu'au dépistage et au repérage précoce	Diminuer la prévalence de l'usage du tabac parmi les personnels des établissements
Développer les Systèmes d'Informations afin d'améliorer l'organisation globale	Développer la télémédecine
Affirmer la place des usagers dans le système de santé	Promouvoir des pratiques professionnelles prenant en compte la parole des usagers

Orientation stratégique : garantir la qualité, la sécurité des PEC et le développement de l'ambulatoire	
Développer les prises en charge ambulatoires	
Garantir la qualité et la sécurité des soins	
Anticiper les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) en les intégrant au fonctionnement de l'ES	Améliorer l'organisation et accroître les capacités de PEC des victimes (UA, UR) et d'accueil de patients transférés d'autres établissements, si possible en lien avec les ES d'un même territoire
Orientation stratégique : améliorer le pilotage interne de l'établissement de santé et ses RH	
Assurer la performance interne et l'équilibre financier de l'ES	
Veiller à la qualité de vie et la sécurité au travail de l'ensemble des personnels de l'hôpital	Mieux gérer/piloter les RH médicales notamment grâce à la GPEC médicale, la maîtrise des dépenses d'intérim et la détermination du nombre de contrats de cliniciens

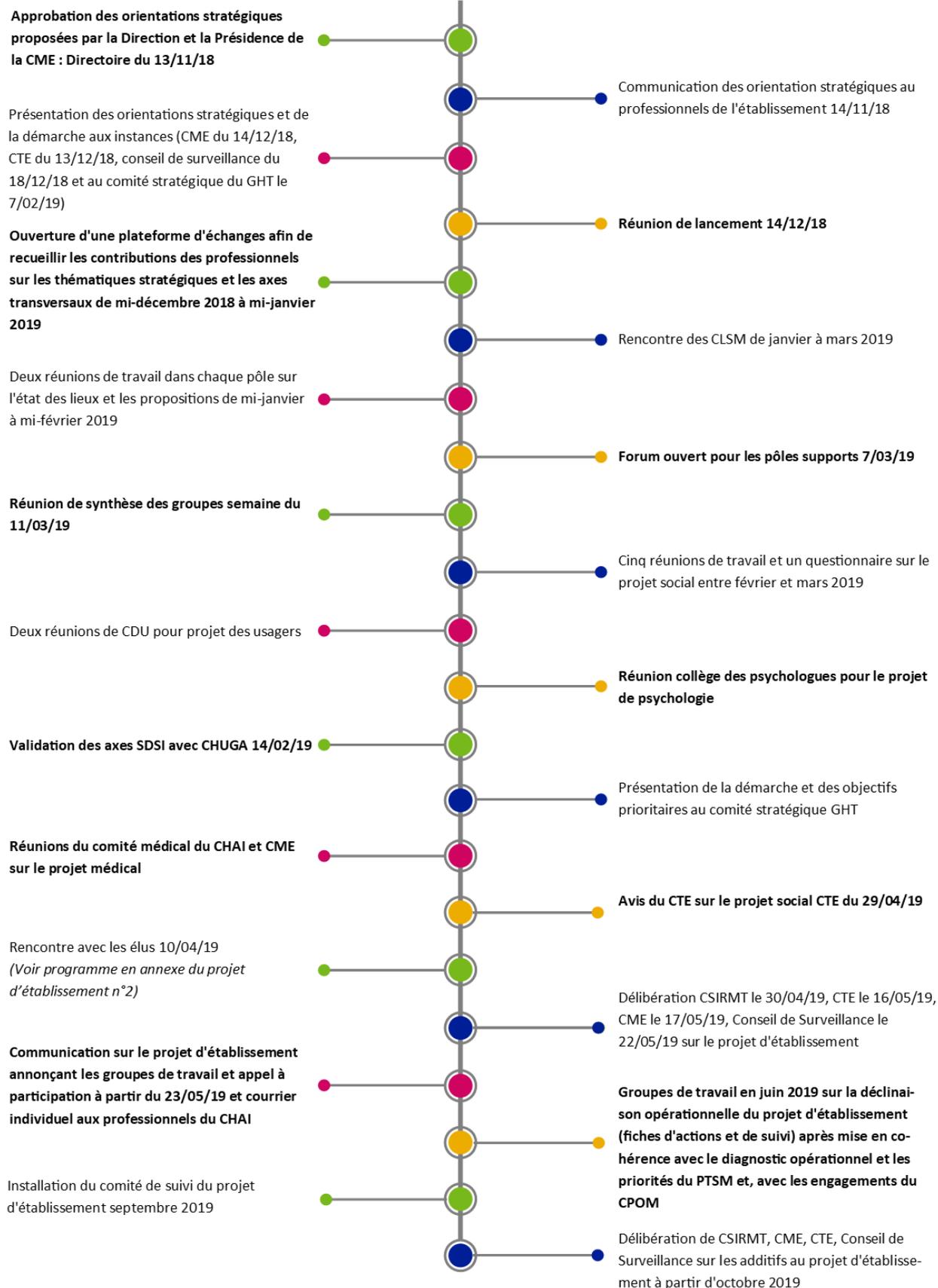
✦ ÉLABORATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Sur la base d'une **note d'orientations stratégiques adressée le 14 novembre 2018 à chacun des 1800 professionnels de l'établissement** (*annexe projet d'établissement n°1*), le CHAI s'est engagé dans une démarche projet participative pour la formalisation de son projet d'établissement pour les années 2019-2023.

1. LA TEMPORALITE DE LA DEMARCHE

Suite à son inspection en date des 18 et 19 avril 2018, l'ARS fait le constat dans son rapport adressé le 1^{er} octobre 2018, de l'absence de projet d'établissement depuis 2014 et fixe une date butoir au 31 mars 2019 pour procéder à la formalisation du projet d'établissement pour les années 2019-2023.

Pour respecter au mieux les délais impartis, la Direction de l'établissement retient le calendrier méthodologique suivant :



Dans les délais impartis, l'exercice n'était pas aisé mais les contributions et propositions ont été nombreuses et de qualité. La prochaine étape est celle des groupes de travail transversaux pour **la formalisation des fiches**

actions opérationnelles, la désignation des équipes projets, la fixation des échéanciers avant mise en place du comité de suivi en septembre 2019.

2. LA TRANSVERSALITE DE LA DEMARCHE

Un projet d'établissement répond à une logique territoriale et transversale. Le fil conducteur des parcours de patients et de professionnels donnera un cadre d'action à chacun des pôles. Les objectifs de chacun des pôles seront précisés à l'issue des groupes opérationnels de juin 2019, sur la base de l'état des lieux et des propositions formulées lors des séances de travail.

Dans sa séance du 13 novembre 2018, le Directoire a retenu les orientations stratégiques et objectifs prioritaires suivants :

ORGANISATION TERRITORIALE DES

PARCOURS :

- Rendre plus lisible l'organisation des dispositifs de soins coordonnés par chacun des pôles sur leur territoire.
- Promouvoir les hôpitaux de jour pour la prise en charge intensive et de situations de crise, la prévention des hospitalisations et l'accompagnement à la sortie d'hospitalisation.
- Développer des équipes mobiles formées à l'identification précoce de situations nécessitant des soins, à favoriser l'engagement dans les soins et le maintien du lien social, à la prise en charge de populations spécifiques.
- Développer les collaborations avec le réseau de soins primaires (médecins généralistes et spécialistes, maisons de santé, professionnels de santé).
- Développer la collaboration avec le réseau social et médico-social dans la gestion des situations complexes pour que l'hôpital garde sa vocation sanitaire.

ORGANISATION DU PARCOURS

HOSPITALIER :

- Maintenir la capacité actuelle des unités d'hospitalisation, prenant en charge toutes les pathologies rencontrées en psychiatrie générale.
- Développer des parcours spécifiques pour troubles débutants, comorbidités et situations complexes, crises suicidaires, psychoses chroniques en perte progressive d'autonomie.
- Diminuer le recours aux soins sans consentement avec une attention particulière aux Soins pour Péril Imminent (SPI).
- Promouvoir les soins somatiques pour la population prise en charge :
 - o Identification des besoins en termes de soins somatiques
 - o Prévention et suivi des pathologies spécifiquement associées (comorbidités somatiques)
 - o Collaboration avec les réseaux de soins primaires
- Consolider les unités spécifiques à fonction transversale :
 - o Psychiatrie du sujet âgé
 - o Addictologie
 - o Pathologie de l'Adolescence
 - o Troubles du Spectre de l'Autisme
 - o Périnatalité
 - o Prise en charge des suicidants
- Veiller à un moindre recours à l'isolement et à la contention :
 - o Respect des recommandations HAS
 - o Mise en place d'actions de formation spécifique à la gestion des situations de crise et de

- violence, destinées à tout le personnel
- Développement d'une politique de respect des droits des patients et d'ouverture des services qui contribue à favoriser un climat de confiance et à améliorer les relations entre les équipes et les patients, permettant une prise en charge moins coercitive, mais aussi « protectrice » des sujets à risque
- Développement de l'intervention des médiateurs-pairs au sein des unités
- Développement des espaces d'apaisement et d'activités occupationnelles

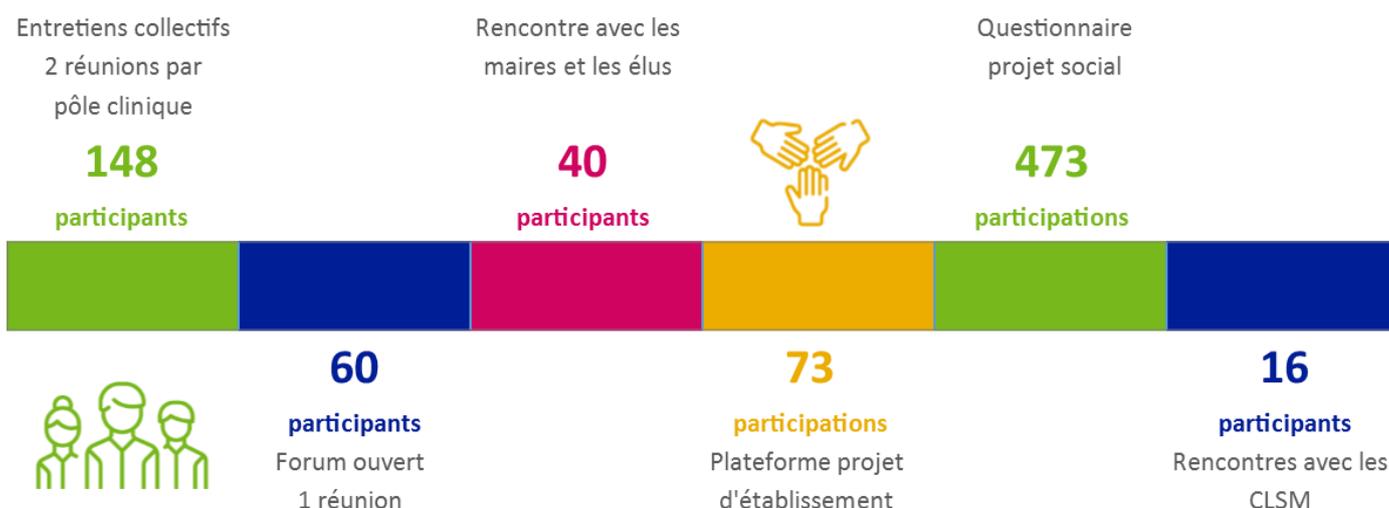
ORGANISATION DES PARCOURS

PROFESSIONNELS :

La baisse des effectifs, notamment médicaux ainsi que le turn-over observé nécessitent d'accompagner la construction de parcours professionnels, d'élaborer des stratégies pour augmenter l'attractivité de l'établissement et fidéliser les professionnels :

- Actions visant à favoriser la cohésion du groupe et le sentiment d'appartenance, à diminuer l'exposition au stress et à favoriser l'autonomie
- Développement d'opportunités professionnelles (GPMC), suivi des carrières

3. UNE DEMARCHE ITERATIVE ET COLLABORATIVE



Le contenu du projet s'enrichit au fil des participations sur chacun des axes de travail proposés.

La démarche a permis de **nombreuses contributions** qui vont se poursuivre dans la phase opérationnelle du projet d'établissement. Le projet managérial prévoit de développer cette **approche collaborative** avec les partenaires, les professionnels, les représentants des usagers et les usagers.

Chapitre 02

Projet médical

CHAPITRE 02 – PROJET MÉDICAL

Le projet médical d'établissement est un pivot de l'organisation de travail et de l'attractivité de l'établissement. Il donne une orientation et renforce le sens du travail des professionnels. Il participe également à rendre plus lisible le fonctionnement actuel des structures et les évolutions envisagées pour les cinq années à venir.

La démarche est de valoriser l'existant, d'encourager les propositions des professionnels et de lancer une dynamique d'échanges entre les professionnels et avec les usagers et les partenaires.

- La directrice du CHAI et la présidente de la Commission Médicale d'Établissement ont adressé une feuille de route en novembre 2018.
- Une plate-forme a été ouverte pour permettre aux professionnels de s'exprimer ; elle a recueilli 73 contributions.
- Dans chaque pôle, deux réunions multidisciplinaires de deux heures ont été organisées avec, à chaque fois, le chef de pôle et un directeur.
- L'étape suivante a consisté dans la rédaction réalisée par la directrice et les médecins de la présidence de CME.
- Un projet synthétique est alors présenté dans les différentes instances.
- Un comité de relecture est organisé après un appel aux médecins volontaires.
- Après sa validation par toutes les instances, les objectifs du projet médical seront à développer au sein de chacun des pôles au travers de nouveaux ateliers, fiches actions et projets de pôle.

Les objectifs généraux du projet médical d'établissement sont :

- offrir des soins s'inscrivant dans la démarche de qualité et de sécurité des soins dans une perspective d'amélioration de la santé globale mentale et physique des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- favoriser le rétablissement et l'intégration dans la vie active et sociale ;
- mettre en place des actions de prévention au niveau de la communauté de territoires.

Les caractéristiques du projet médical sont :

- le projet doit **s'adapter aux spécificités des publics et des territoires** ;
- le projet vise des **parcours de santé individualisés et accessibles à tous** ;
- le projet veille à associer l'ensemble des **partenaires** ;
- les valeurs du projet sont **l'accessibilité, l'égalité, la non-discrimination, la continuité...**
- l'angle d'approche : « **les parcours** » Parcours des patients en lien avec le projet social de l'établissement : parcours des professionnels ;
- **le sens porte sur un ancrage clinique** sur les symptômes et le discours du patient et donc de sa réalité et de ses besoins pour ne pas le perdre de vue dans un « millefeuille » de dispositifs.

L'organisation des structures de soins repose sur :

4 pôles cliniques d'activité territoriale

- > 3 pôles de psychiatrie adulte
 - | PDTV : Pôle Drac Trièves Vercors
 - | PGG : Pôle Grenoble Grésivaudan
 - | PV : Pôle Voironnais
- > 1 Pôle Infanto-Juvenile (PIJ)

2 pôles d'activités cliniques transversaux

- | Pôle TSA : Pôle Trouble du Spectre de l'Autisme
- | PLUS : Pôle Liaison Urgence et Spécificités

Bassin de population du CHAI¹

	Population de 0-17 ans	Population de 18 ans et plus	Total
Pôle Voironnais	58 608	188 608	247 216
Pôle Drac Trièves Vercors	46 864	159 482	206 346
Pôle Grenoble Grésivaudan	69 065	271 426	340 491
Pôle Infanto-Juvenile	174 537		
Total CHAI	174 537	619 516	794 053

	Implantation
Pôle Voironnais	Saint-Marcellin, La Côte-Saint-André, Tullins, Voiron, Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Égrève
Pôle Drac Trièves Vercors	Fontaine, Échirolles, Villard-de-Lans, Vif, Vizille, La Mure, Bourg-d'Oisans
Pôle Grenoble Grésivaudan	Grenoble, Saint-Martin-d'Hères, La Tronche, Meylan, Crolles, Pontcharra
Pôle Infanto-Juvenile	Grenoble, Saint-Martin-d'Hères, Échirolles, Pont-de-Claix, Vizille, Villard-de-Lans, Bourg-d'Oisans, Fontaine, Saint-Ismier, Seyssinet, La Mure, Voiron, Coulevie, Saint-Marcellin, Tullins, Rives, Moirans, Saint-Laurent-du-Pont, Meylan, Pontcharra
Trouble du Spectre de l'Autisme	Territoire du Département de l'Isère
Pôle Liaison Urgence et Spécificités	Territoire de 794 053 habitants, pour le C3R Arc Alpin (3 départements)

Chaque pôle d'activité clinique dispose d'unités d'hospitalisation sur le site de Saint-Égrève ainsi que des structures extra-hospitalières (Centres Médico-Psychologiques (CMP), Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpitaux de Jour (HDJ)). Cela est détaillé dans les fiches de pôles, annexées au projet d'établissement (*annexe projet d'établissement n°3*).

¹ Source : site INSEE données de population 2015, selon la méthodologie validée en directoire du 12/03/19

✦ L' ORGANISATION TERRITORIALE DES PARCOURS



Nuage de mots avec la première partie du projet (tout le texte du chapitre a été entré dans un logiciel qui fait apparaître les mots selon l'ordre décroissant de fréquence : pour le projet versant territoire, ce sont les termes de soin, de prise en charge, de patient, d'équipe, de travail, de projet mais aussi de partenaires, de territoire, d'urgences, de structures, d'adolescents... qui reviennent le plus souvent).

Introduction à l'organisation territoriale des parcours

Dans sa contribution à l'organisation sectorielle ou territoriale des parcours, le Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI) cherche à privilégier une approche globale du patient et à concilier **les objectifs d'accessibilité aux soins, de sécurité, de qualité et de pertinence des prises en charge**.

La structuration de l'offre ne peut se construire sans **une clarification et une lisibilité des dispositifs** qui peuvent être proposés par les professionnels de l'établissement en complémentarité et en coopération avec d'autres acteurs pour garantir aux usagers de véritables parcours de soins coordonnés.

L'établissement a l'ambition de **développer les prises en charge en ambulatoire** ainsi que les liens et les complémentarités avec l'offre de premier recours pour privilégier des modes d'intervention, plus précoces, permettant d'éviter l'aggravation des troubles et le recours à l'hospitalisation complète.

Le travail de prévention en lien avec les partenaires dans la pratique des professionnels des CMP mérite d'être mieux mis en valeur.

La lisibilité des parcours de soins est indispensable pour une meilleure efficacité ; elle doit permettre de maintenir une diversité de l'offre pour répondre à la réalité des besoins de chacun des territoires, ainsi qu'une diversité des approches et une créativité nécessaire au travail en psychiatrie face aux pathologies chroniques ou d'évolution lente.

Le projet médical se veut ambitieux sur l'organisation des parcours ; il met l'accent sur le rôle prépondérant des CMP, porte d'entrée et le plus souvent la seule structure qui intervient dans le parcours de soins psychiques. Le projet médical redéfinit les rôles multiples des CMP au niveau des actions de prévention secondaire dans le dépistage en lien avec les partenaires et dans les prises en charge précoces, et au niveau des actions de prévention tertiaire pour permettre l'emploi, le logement, la vie familiale et le maintien des habilités sociales. Toutes ces actions

souhaitées par les équipes passent, dans la pratique, après la gestion des urgences qui occupent aujourd'hui une place prépondérante.

Il s'agit donc de pouvoir appréhender collectivement et de façon coordonnée la prise en charge des urgences où qu'elles se présentent. Le développement de dispositifs tels que **les équipes mobiles ou les hôpitaux de**

jour de crise, en alternative à l'hospitalisation complète pourra soulager les CMP au regard des urgences. Cette mise en synergie des différents dispositifs sera d'autant plus efficiente que les professionnels seront accompagnés pour renforcer la coopération, la synchronisation et la capacité d'innovation au service des parcours de soins, sans négliger la plus-value, au regard de la qualité de vie au travail.

1. ROLE PIVOT DU CMP

Quelques constats : le CHAI intervient sur une zone géographique de 800 000 habitants répartis pour moitié dans l'agglomération grenobloise et pour moitié dans des zones rurales sur un territoire très étendu (Voiron 20 000 habitants à 25 kms, La Côte-Saint-André à 50 kms, Saint-Laurent-du-Pont à 32 kms, La Mure à 40 kms, Saint-Marcellin à 50 kms, Pontcharra à 40 kms ou Villard-de-Lans à 40 kms pour les principaux CMP).

Les pôles territoriaux disposent d'une palette de dispositifs de soins qui permet une gradation de la prise en charge : Centres Médico-Psychologiques (CMP), Hôpitaux de Jour (HDJ), Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partielles (CATTP), hospitalisation complète.

Les CMP sont fortement sollicités, le délai d'accès à une consultation médicale pour les primo-consultants s'allonge. Les CMP mettent parfois en place des critères de priorisation pour les nouvelles demandes (patients sortant d'hospitalisation, du service des urgences, passations adressées par d'autres CMP, enfants de moins de trois ans et adolescents...) et la difficulté actuelle à accéder à une hospitalisation à temps plein désorganise l'activité aux dépens des patients et des soignants (*annexe projet médical n° 1*).

Les visites à domicile font partie de l'arsenal thérapeutique et sont à promouvoir en psychiatrie générale et en pédopsychiatrie.

Les recommandations de l'ANAP² sur les modalités de premier accueil, sur les créneaux d'urgence et sur le suivi des délais de RDV sont en cours de mise en œuvre.

Le point de vue des équipes :

Comme a pu le rapporter, le contrôleur des lieux de privation de liberté en 2018, les professionnels de l'hôpital sont compétents, motivés et engagés dans leur travail auprès des patients et de leurs familles ; mais dans le même temps, les équipes rapportent leurs difficultés quotidiennes : travailler avec des effectifs médicaux incomplets, ou avec des postes vacants au sein de l'équipe pluridisciplinaire, contexte d'amont et d'aval également saturé chez les partenaires (manque de places en établissements médico-sociaux, saturation des services de protection de l'enfance par exemple), difficultés à hospitaliser les patients qui le nécessitent, délaissement des missions de prévention au profit d'une activité sur l'urgence...

² ANAP L'Agence Nationale d'Appui à la Performance, créée en 2009, a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à

améliorer le service rendu aux patients et aux usagers.

Le CMP garant du parcours de soins et de la permanence des réponses

Les implantations géographiques des CMP permettent d'assurer une bonne couverture territoriale. Cependant, la recherche du maintien d'une proximité des ressources, en application d'un principe d'égalité territoriale pour réduire les inégalités territoriales de santé, s'accompagne de la présence d'équipes réduites d'autant que ces équipes se déplacent à domicile ou dans les structures médico-sociales dans le cadre de conventions de partenariat. L'enjeu, pour les cinq prochaines années, est de maintenir une offre de santé de proximité et une prise en charge de qualité, tout en développant la qualité de vie au travail des professionnels qui assurent ces missions.

C'est le CMP qui organise la continuité du parcours de soins. Il peut adresser lorsque cela est nécessaire, vers l'Hôpital de Jour ou le CATTP ou l'hospitalisation à temps plein, mais il reste le référent du parcours de soin et garde le lien avec le patient.

Il définit en son sein quel professionnel assure la référence pour chaque patient (cela peut être le médecin, l'infirmier, le psychologue, l'assistante sociale...) mais grâce au travail en équipe, en l'absence de la personne référente, c'est le CMP lui-même, en tant qu'institution qui assure la continuité des soins et des réponses (*annexe projet médical n°13*).

Il est l'interlocuteur du patient mais aussi de sa famille, de son médecin traitant, éventuellement de l'infirmière libérale qui le suit à domicile, des médecins spécialistes s'il en a, des autres services de soins dont il a peut-être eu besoin, mais aussi des partenaires dans le domaine social, éducatif, médico-social ou judiciaire (juge des enfants, juge des tutelles, tutelle) (*annexe projet médical n°12*).

L'actualisation régulière du Projet Thérapeutique Individualisé (PTI) dans le dossier informatisé permet aux différents professionnels de se référer à tout moment au

projet du patient et d'y inscrire leurs contributions.

Les psychologues peuvent jouer un rôle prépondérant pour contribuer à assurer une continuité dans le parcours de soins, notamment s'il y a une hospitalisation, lors des changements de médecin en CMP, relais d'un CMP enfant à un CMP adulte... (*annexe projet médical n°14*).

Le CMP organise la permanence des réponses avec la collaboration des autres CMP du pôle ou des plateaux de santé (qui ont vocation à être ouverts tous les jours ouvrables). Les patients, les familles, les médecins généralistes, le service des urgences, etc. peuvent joindre une personne qui peut donner une réponse sur un suivi en cours, sur la possibilité d'un rendez-vous en urgence, sur le projet thérapeutique individualisé... Ceci n'implique pas forcément une ouverture tous les jours mais une organisation des réponses téléphoniques qui sont facilitées grâce au transfert de ligne, au dossier informatisé consultable à distance, etc.

Quelques actions sont proposées :

- **Redéfinir la dotation des CMP au prorata de la population desservie.** La fusion des secteurs en pôle puis les différentes réaffectations successives de certains territoires entre les pôles d'une part et d'autre part l'évolution démographique inégale selon les territoires conduisent à la nécessité de réévaluer les dotations des CMP au regard de la population desservie. (Ceci nécessite de prendre en compte la problématique des CMP excentrés, territoires ruraux où l'offre sanitaire est beaucoup plus restreinte) (*annexe projet médical n° 12*).
- Définir un **nombre de professionnels nécessaires pour constituer une équipe multidisciplinaire en CMP**, le CMP peut avoir une **antenne**, avec des plages d'actes de soins dans des zones isolées où la population a des difficultés de déplacement (Bourg-d'Oisans par exemple), et préciser au

niveau institutionnel **l'effectif médical et paramédical au prorata de la population** desservie.

- Généraliser la participation **d'infirmiers et de travailleurs sociaux en CMP**.
- En lien avec le projet social et le projet de management de l'établissement, une attention sera portée à la **stabilité des équipes**, pour prendre en compte le temps qu'il faut pour acquérir et transmettre les savoir-faire sur chaque territoire et avec chaque population. Les procédures de remplacement des personnels absents ou qui ont quitté leur poste seront plus lisibles et plus rapides, les informations transmises aux équipes concernées.
- **Favoriser les échanges d'expérience inter polaires chez les médecins** pour diminuer le sentiment de solitude, favoriser la motivation et le développement des règles de bonnes pratiques à l'instar de la charte proposée par les médecins du Pôle Grenoble Grésivaudan.
- Proposer, selon le souhait des professionnels, de **travailler sur une ou deux structures avec des types de travail différents** (travail individuel avec patients et travail de groupe, ou bien travail programmé et travail en équipe mobile ou urgence par exemple) (*annexe projet médical n°16*).
- Apporter des réponses logistiques particulières aux **CMP excentrés** et notamment aux professionnels qui y travaillent, faisant 40 à 50 kms de route de campagne ou de montagne pour s'y rendre.
- Définir de façon institutionnelle des **règles de bonnes pratiques pour les patients qui changent souvent de domicile** (par exemple les jeunes adultes qui vivent d'abord chez leurs parents puis déménagent plusieurs fois selon qu'ils vivent seuls, qu'ils se mettent en couple, qu'ils trouvent un logement plus approprié, etc.) afin qu'ils puissent bénéficier d'un CMP référent, garant de leur parcours de soins.
- Définir de façon institutionnelle (et communiquer dans un deuxième temps auprès des équipes) les **règles de bonnes pratiques concernant l'accès à un suivi de secteur pour les patients sans domicile fixe** lorsque l'état de santé de la personne nécessite un suivi pluridisciplinaire spécialisé de type CMP.
- Développer la **télé médecine** (moyens techniques, chartes de fonctionnement, règles de bonnes pratiques, formation en équipe...) et en apprécier les impacts tant sur les parcours de soins que sur la qualité de vie au travail des professionnels.
- L'établissement va clarifier la place du **pair-aidant** et encourager son intervention aux côtés des soignants dans le travail d'amélioration des parcours, d'élaboration des programmes d'éducation thérapeutique, d'accompagnement et de prise en charge des familles.
- **Développer l'accès aux traducteurs** dans les différentes langues et notamment en langues des signes pour répondre aux besoins.
- **Promouvoir la qualité et la sécurité des soins** notamment au travers du projet qualité et gestion des risques de l'établissement.
- **Consolider l'intégration des recommandations de bonnes pratique et des référentiels** sur l'autisme, les troubles DYS, les troubles neuro-développementaux, notamment dans tous les modes de prise en charge (formation des professionnels, projet des unités, travail avec les familles, etc.).
- Mieux respecter les droits de patients au travers de la formation continue,

par exemple, rappeler le libre choix du patient de s'adresser à tel ou tel CMP.

Des pistes de travail pour diminuer les délais de rendez-vous

Les CMP qui ont des délais de rendez-vous les plus courts, sont ceux qui bénéficient d'une équipe complète et stable, bien implantée sur le territoire et en lien avec les partenaires et avec le réseau de soins primaires, et où un médecin coordonne le travail du CMP avec une certaine stabilité dans le temps.

L'accompagnement des ressources humaines et le travail sur l'attractivité de l'établissement permettront d'évoluer positivement sur la stabilité des équipes sur chaque territoire.

En parallèle de ce travail de fond, des pistes d'amélioration et des expériences positives ont été réalisées et peuvent être « exportées » vers un plus grand nombre de CMP infanto-juvénile ou de psychiatrie générale :

- la délégation aux psychologues et aux infirmiers, voire aux assistantes sociales et aux éducateurs de l'accueil et des éventuelles réorientations après l'analyse des demandes au téléphone ou lors d'un premier rendez-vous (seul ou en binôme) ;
- la nécessité de réserver des créneaux pour les urgences avec le médecin mais aussi avec d'autres membres de l'équipe qui peuvent faire une première évaluation, en particulier les infirmiers et les psychologues ;
- le développement pour chaque pôle, des équipes mobiles réseau qui interviennent sur les situations complexes. Dès la prise de rendez-vous, lorsque la situation du patient présente des critères de complexité, l'équipe réseau peut être mobilisée

pour réfléchir à l'accès à des soins psychiatriques et le coordonner avec les partenaires engagés (les équipes réseaux seront développées ci-dessous).

- le développement des liens avec les partenaires de terrain et notamment le soutien qui peut leur être apporté pour éviter le recours à la psychiatrie.

Le rôle de la fonction réseau en support de l'activité du CMP

La fonction ou équipe réseau intervient en support de l'activité territoriale et hospitalière. L'équipe réseau peut être composée de deux ou trois personnes à temps partiel incluant des professionnels de la filière socio-éducative, qui ont de par leur formation, l'habitude de communiquer avec les différents secteurs d'intervention (sanitaire, social, médico-social en particulier). Cette fonction existe déjà sous plusieurs formes et son efficacité n'est plus à démontrer : Équipe réseau en psychiatrie générale, coordinateur réseau pour les adolescents³, rôle des assistantes sociales dans les CMP, etc.

En 2013, une thèse de sociologie a porté sur les liens partenariaux avec un CMP enfants adolescents sur un territoire. Une idée princeps en est ressortie, celle du rôle d'un professionnel « traducteur », chargé de traduire les demandes et les besoins entre le secteur sanitaire et les secteurs des partenaires, sociaux, éducatifs, scolaires, médico-sociaux, etc. Cette thèse mettait en évidence qu'au-delà des prescriptions ou des volontés individuelles, il y avait une nécessité de passer d'un **champ culturel à un autre**, opération que chacun ne peut pas réaliser car elle demande un apprentissage mais qui peut être portée par un professionnel « traducteur » qui aide à se comprendre et à construire ensemble sur des parcours d'usagers et sur des projets.

³ Le GCSMS réseau adolescents de l'Isère a disparu fin 2016. Cette fonction réseau fait actuellement défaut de l'avis des partenaires bien que le

financement ARS et la mission de l'ex RAI aient été transférés à la MDA via ses 3 sites.

L'établissement va donc promouvoir et consolider les équipes réseau au sein des différents pôles, qui par leur action, facilitent une mission de service public coordonnée entre les acteurs de la psychiatrie et les partenaires extérieurs sociaux et médico-sociaux sur le territoire d'intervention.

Les missions des équipes réseaux sont plurielles :

- **Réponses aux sollicitations sur des situations complexes** en mettant en évidence les différentes prises en charge d'un usager, (sanitaire, sociale, éducative, judiciaire...), en organisant si besoin une concertation entre les différents professionnels, en informant de la porte d'entrée adéquate pour un accès aux soins, en s'assurant de la continuité des prises en charge, notamment avec les partenaires.
- **Interlocuteur privilégié des partenaires, de la maison de l'autonomie, des associations d'usagers, des pairs-aidants** lorsqu'ils ne savent pas à qui ou comment s'adresser aux services de psychiatrie.
- **Participation au travail collaboratif sur le territoire**, avec les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les centres sociaux, les bailleurs sociaux afin de faire circuler les informations et d'accompagner toutes les modalités d'inclusion dans la cité (appartement collectif et individuel, visites à domicile, éducation thérapeutique, groupes familles...).

Une attention particulière aux âges de la vie « délicats »

LES TOUS PETITS : les enfants de moins de 3 ans sont une des priorités (les études indiquent que les prises en charge précoces impactent très positivement l'évolution ultérieure). Des actions autour du dépistage se font généralement avec ou chez les partenaires (maternité, centre de protection maternelle

infantile, crèche et halte-garderie, école maternelle...) et des actions centrées sur la prise en charge précoce des premières manifestations de souffrance psychique (prévention secondaire).

Le pôle de pédopsychiatrie a développé des unités spécifiques et des approches coordonnées dans les CMP et souhaite valoriser l'existant : dispositif ASSTRIADE, groupe Mowgli, actions des CMP (*annexe projet médical n° 3*).

Le pôle de pédopsychiatrie souhaite pouvoir participer à des études cliniques sur le dépistage et la prise en charge précoce, par exemple sur le dépistage précoce des bébés à risque autistique (*annexe projet médical n°4*).

Il envisage de renforcer la prévention avec les partenaires dans les territoires grâce à des formations sur le développement neuropsychologique et les besoins de l'enfant pour être en bonne santé, à des interventions avec les partenaires qui rencontrent les bébés et nourrissons ou qui s'occupent de soutien à la parentalité.

Il a par ailleurs pour objectif de développer la vigilance et la coopération entre les CMP enfants-adolescents et les CMP adultes autour de la parentalité des patients suivis en CMP adultes.

L'aide de conseils juridiques et du conseil de l'ordre sur les questions de secret professionnel sera une première étape à travailler. L'apport du comité d'éthique, des associations d'usagers ou des pairs aidants permettra d'enrichir les réflexions préalables à la mise en place d'espaces d'échanges entre les équipes qui s'occupent des parents et les équipes qui s'occupent des enfants. Ce travail collaboratif peut être favorisé sur les territoires qui bénéficient d'une implantation commune des CMP adultes et CMP infanto juvénile dans un même bâtiment. La notion de violence intra familiale sera un thème prioritaire dans le travail collaboratif entre les CMP infanto juvénile et les CMP de psychiatrie générale avec une attention particulière pour les enfants qui assistent à des scènes de violence

conjugale, ou qui sont victimes de violence directe.

Les professionnels du pôle s'engagent dans la participation à la plateforme d'orientation et de coordination portée par le réseau Anaïs pour les enfants de 0 à 6 ans avec suspicion de troubles du neuro-développement.

LES JEUNES DE 16 A 25 ANS : les jeunes de 16 à 25 ans ont un besoin particulier de prise en charge psychologique et psychiatrique car le besoin se manifeste généralement de façon aiguë et impérieuse et nécessite une réponse très rapide ; les durées de prise en charge peuvent être courtes et sont généralement très efficaces. D'autres jeunes porteurs de troubles du développement et suivis en pédopsychiatrie peuvent connaître une décompensation au moment de l'adolescence.

Sur le plan clinique, l'accès à la majorité à 18 ans n'est pas un critère qui permette d'organiser un parcours de soins spécifique. Pour certains jeunes, il serait intéressant d'avoir accès aux structures de psychiatrie générale dès 16 ans et de pouvoir s'inscrire dans un parcours sans interruption ; pour d'autres, il est intéressant que les prises en charge commencées en pédopsychiatrie puissent se poursuivre au-delà de 18 ans.

Au CHAI, la prise en charge des mineurs s'effectue généralement en pédopsychiatrie avec notamment une structure interne transversale qui leur est dédiée (équipée d'une unité de consultation et de psychothérapie, d'un hôpital de jour, d'une classe thérapeutique, d'une équipe mobile pour les problématiques suicidaires et pour les jeunes qui n'ont pas accès aux soins et d'une unité d'hospitalisation à temps plein). La psychiatrie générale, quant à elle, propose aux étudiants une unité spécifique, le Service Médico-Psychologique Universitaire (SMPU).

Le point de vue des équipes :

La structure interne adolescents ne peut pas répondre quantitativement à toutes les demandes, ni aux problématiques des jeunes situés dans les territoires excentrés ; le relais vers

la psychiatrie adulte à 18 ans est généralement difficile à organiser ; il est regrettable de ne pas croiser les compétences entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie pour cette tranche d'âge... ; les parcours avec les structures partenariales d'accompagnement éducatif, scolaire, de formation et social sont marqués par des discontinuités. Par exemple, l'hébergement éducatif s'arrête généralement à 18 ans, quand l'hébergement social ou dans le médico-social ne commence dans la pratique que vers 20 ou 21 ans.

Il y aurait donc un savoir-faire à développer tant au niveau des soins et de la clinique psychiatrique des adolescents et jeunes adultes que dans les prises en charge coordonnées avec les partenaires. Plusieurs projets allant dans ce sens ont été avancés :

- la création d'une unité d'hospitalisation pour les 16-25 ans (voir partie 2 sur l'hospitalisation) ;
- l'organisation de groupes thérapeutiques pour cette tranche d'âge, dans les territoires, portés à la fois par la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale ;
- la définition institutionnelle des modalités de relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale (en effet les modalités de relais sont organisées de gré à gré entre les pédopsychiatres et les psychiatres des CMP adultes, source de tension quand chacun doit faire face à une succession d'urgences) ;
- l'organisation de rencontres sur les territoires entre les professionnels de la pédopsychiatrie et les professionnels de la psychiatrie générale pour se connaître, partager les compétences, développer des projets communs ;
- le recensement des structures du CHAI et des partenaires proposant de l'écoute et du soin psychique pour les 16-25 ans.

LE SUJET AGE : un travail très conséquent a été entrepris depuis plusieurs années avec la création d'équipes mobiles spécifiques, sans négliger le rôle des CMP et des hôpitaux de jour, et plus récemment avec l'ouverture d'une unité d'hospitalisation pour le sujet âgé. Il s'agit dans le prochain projet médical de soutenir le déploiement de ces compétences sur l'ensemble du territoire, avec et au-delà des dispositifs spécifiques.

- Une attention particulière est portée aux sujets psychotiques vieillissants avec des formations partagées avec les EHPAD.
- La création de cette filière de soins doit permettre de monter en compétence dans la prise en charge des patients plus âgés au sein de l'ensemble de l'institution.
- L'approche somatique sera développée et plus spécifique.
- Les coopérations avec les partenaires (clinique du Dauphiné, CHUGA, Saint-Laurent-du-Pont, Bourg-d'Oisans, Vizille...) seront renforcées et rendues plus lisibles.

Aborder les parcours de santé dans une approche systémique avec les familles et les partenaires

À tout âge de la vie, il est primordial de penser les parcours de santé avec le patient, son **entourage familial** mais aussi avec les **partenaires écologiques du patient :**

- pour les enfants, les lieux de scolarisation, la protection de l'enfance en particulier ;
- pour les adultes, avec les bailleurs sociaux, les villes... ;
- à tout âge de la vie, avec la maison de l'autonomie, avec les services de justice, avec les services médico-sociaux, avec les services sociaux...

Sur chaque secteur d'intervention, les liens partenariaux avec les médecins généralistes, avec les collectivités locales, avec les acteurs du social, du scolaire et de la formation, de la justice et du médico-social sont nombreux ; ils favorisent l'accès au repérage et au diagnostic précoce des troubles mentaux et le recours aux avis spécialisés sans qu'ils soient toujours bien identifiés ou valorisés.

L'implication des familles dans le projet de soins, implication souhaitée par les associations d'usagers, est à développer institutionnellement pour avancer ensemble dans l'intérêt du patient. Les professionnels sont particulièrement sensibilisés au soutien des familles et souhaitent développer les ressources (*annexe projet médical n°26*).

L'établissement va s'engager dans la réalisation d'une cartographie interactive des liens fonctionnels avec les partenaires sur chaque territoire d'intervention pour mieux appréhender et évaluer le niveau de gradation et de coordination des parcours. L'objectif de l'établissement est d'améliorer le suivi des parcours par une meilleure traçabilité des demandes et des réponses directes ou de réorientation apportées.

2. LES REPONSES A LA CRISE : PROMOUVOIR DES REPONSES DIVERSIFIEES EN ALTERNATIVE A L' HOSPITALISATION COMPLETE

Promouvoir les réponses aux crises à partir de chaque type de structure

La prise en charge des urgences est l'affaire de tous quel que soit son niveau ou son type d'intervention, elle n'est pas l'apanage du service des urgences à l'hôpital. Cependant, personne ne peut prendre un patient en crise seul, et pour ce faire il doit pouvoir compter sur des collègues, sur des dispositifs de soins plus intensifs dans une démarche de coopération.

Chaque type de structure, que ce soit les consultations ambulatoires en CMP, les prises en charge groupales en CATTP, les soins institutionnels en hôpital de jour doit être en mesure de recevoir des patients rapidement afin d'éviter une dégradation de leur état et la nécessité de soins plus longs et plus intensifs avec parfois une hospitalisation complète.

Néanmoins pour être réalisées en toute sécurité, ces prises en charge doivent pouvoir compter sur l'éventualité d'une hospitalisation complète qui sera alors considérée comme prioritaire (*annexe projet médical n°1*).

Un accompagnement managérial mettra l'accent sur la coopération entre les différents dispositifs de soins (CMP, CATTP, HDJ, HC, équipes mobiles...).

Des projets innovants seront mis en œuvre (centre de crise adolescents) ou étudiés tels que ceux proposés par une équipe de psychiatrie générale (*centre d'accueil de crise ouvert 24h/24 pouvant apporter immédiatement une première réponse graduée, annexe projet médical n°2*) ou une équipe de pédopsychiatrie (*une équipe mobile intervenant de façon intensive, couplée avec un hébergement social assuré par un partenaire, annexe projet médical n°6*).

Promouvoir les hôpitaux de jour pour la prise en charge intensive et de situation de crise, la prévention des hospitalisations et l'accompagnement à la sortie d'hospitalisation

Le schéma régional de santé établi par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes pour 2018-2023 inscrit dans ses objectifs qualitatifs (page 145) :

Repositionner chaque dispositif du parcours de soins psychiatriques à sa juste place :

- *Centre Médico-Psychologique comme porte d'entrée du dispositif ;*
- *Hôpitaux de Jour comme véritable alternative à l'hospitalisation à temps plein prodiguant des soins intensifs ;*
- *Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel pour des patients plus chroniques, dépendants aux soins ;*
- *Hospitalisation à temps plein pour des durées limitées pour une très faible majorité de patients.*

L'hôpital de jour n'est donc plus envisagé pour des patients porteurs de troubles chroniques qui doivent donc être pris en charge plutôt en CATTP, l'hôpital de jour devient le lieu des prises en charge intensives pour des situations aiguës.

Limiter l'hospitalisation à temps plein au strict nécessaire,

- *en transformant des places d'hospitalisation de jour en place **d'hospitalisation de jour de crise** et en augmentant le nombre d'implantations d'hospitalisation de jour,*
- *en accroissant le nombre **d'unités d'hospitalisation de courte durée** qui permette d'éviter une hospitalisation sur deux en unité sectorielle et le*

- nombre d'implantations de centres de crise,
- en créant des places **d'appartements thérapeutiques** dans les établissements qui en sont dépourvus et
- en créant des équipes mobiles de crise (ou de « case management de transition ») pour permettre une sortie plus rapide des patients,
- en limitant le nombre de patients hospitalisés au long cours et les réhospitalisations grâce à une prise en charge par des équipes mobiles de type « assertive Community treatment »⁴.

Développer des alternatives à l'hospitalisation temps plein est un axe de travail déjà mis en œuvre par le CHAI depuis plusieurs années.

« Il s'agit d'une alternative à l'hospitalisation complète si importante notamment pour les jeunes actifs afin de préserver leurs équilibres familiaux et professionnels. » *

Deux pôles de psychiatrie générale ont pu ouvrir un hôpital de jour de crise, le troisième pôle est en réflexion. Les pôles Drac Trièves Vercors et Voironnais disposent d'un hôpital de jour avec soins intensifs fonctionnant comme une véritable alternative à l'hospitalisation complète. Les files actives et le faible taux d'hospitalisation complète pour les patients pris en charge montrent l'efficacité de cette organisation. Le pôle Grenoble Grésivaudan en psychiatrie générale et le pôle de pédopsychiatrie devront se doter d'une structure équivalente ou de modalités permettant de recevoir rapidement des patients en crise.

En pédopsychiatrie, les alternatives à l'hospitalisation complète sont développées pour les adolescents grâce aux interventions d'une équipe mobile couplée avec un CATTP de

crise (L'InterFAS, lieu intermédiaire pour faciliter l'accès aux soins), d'un centre de consultation organisé pour donner des réponses rapides et si nécessaire intensives, et d'un hôpital de jour qui permet des entrées tout au long de l'année.

Pour les tous petits, l'hospitalisation n'est envisagée qu'exceptionnellement, en cas de maltraitance par exemple, et le dispositif de l'ASSTRIADE permet des prises en charge intensives et/ou au domicile grâce à la possibilité d'un fonctionnement en équipe mobile et en CATTP.

Entre les deux, pour les enfants, les alternatives à l'indication d'hospitalisation temps plein sont à développer (*annexe projet médical n° 27*).

Remarque : la répartition des indications entre le CATTP et l'hôpital de jour pour les enfants qui présentent des troubles neuro-développementaux ne s'appuie pas sur la notion de crise ou de temporalité mais plutôt sur les besoins en termes d'intensité des soins avec une gradation des dispositifs de soins qui tient compte notamment du retentissement social des troubles (en général la possibilité ou non de maintenir une scolarité en milieu usuel ou spécialisé).

Pour la filière spécialisée des troubles du spectre de l'autisme du côté des enfants, l'hospitalisation complète a disparu au profit d'une hospitalisation de jour pour les moments de crise ; du côté des adultes, une unité temps plein a été transformée en hospitalisation de jour et reçoit régulièrement des patients en crise.

⁴ Expression qui peut être traduite par services dynamiques de traitement communautaires ou programmes de traitement dynamique ou traitement communautaire dynamique au suivi

communautaire intensif ou traitement proactif dans la communauté au suivi intensif dans la communauté ou Équipe de traitement communautaire dynamique.

Les objectifs du projet médical sont donc :

- Rendre accessible pour tout patient enfants ou adultes, avec spécificité ou pas, la possibilité d'une alternative à l'hospitalisation temps plein grâce à une prise en charge intensive de type hôpital de jour ou dispositif équivalent.

*- « Les patients peuvent être adressés par une unité d'hospitalisation si leur état n'en relève pas ou qu'ils n'en souhaitent pas et que cela reste compatible avec un retour au domicile, par les CMP, par les psychiatres libéraux ou les urgences psychiatriques. » **

- En cas de transformation d'un hôpital de jour vers un hôpital de jour de crise, redéfinir les modalités de soins des patients qui ont besoin de soins au long cours pour éviter les décompensations et aggravations.

*- « Poursuivre les échanges de pratiques entre les deux hôpitaux de jour de crise existant sur les critères d'éligibilité, sur les conditions d'adressage, sur la fréquence des séances et la durée de prise en charge, sur la formalisation d'un projet de soins personnalisé et d'un « contrat » de soins pour une évaluation et une harmonisation des pratiques. » **

*- « Prévoir une communication sur l'effcience du dispositif évalué pour améliorer l'articulation avec les autres structures de soins de l'établissement avec un questionnaire commun aux HDJ de crise pour évaluation/satisfaction pour patient, professionnel et communication des résultats. » **

- Envisager la création de nouveaux hôpitaux de jour dans le cadre d'un appel à projets. Selon le schéma régional de santé, le CHAI aurait la possibilité de se positionner, au regard du projet régional de santé, sur la création d'un hôpital de jour en pédopsychiatrie et de deux hôpitaux de jour en psychiatrie générale.
- Réfléchir à la création d'un centre d'accueil de crise ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au sein de la communauté, pour la ville de Grenoble (*annexe projet médical n°2*).
- Ouvrir un centre de crise pour les adolescents : cette structure hospitalière, réfléchié dans le cadre d'une vision territoriale et partagée et s'inscrivant dans un réseau partenarial associant en particulier le premier recours ainsi que d'autres acteurs de santé (santé scolaire, MDA...), aura pour objectifs d'éviter et de diminuer le recours aux urgences mais également d'apporter une réponse novatrice par rapport aux dispositifs existants.

3. DEVELOPPER LES EQUIPES MOBILES FORMEES A L' IDENTIFICATION PRECOCE DE SITUATIONS NECESSITANT DES SOINS, A FAVORISER L' ENGAGEMENT DANS LES SOINS ET LE MAINTIEN DU LIEN SOCIAL, A LA PRISE EN CHARGE DE POPULATIONS SPECIFIQUES

Les équipes mobiles sont nombreuses, généralement construites à l'initiative des pôles en fonction des besoins non ou insuffisamment couverts des patients.

Le point de vue des équipes :

Les professionnels de certaines équipes mobiles souhaitent une clarification des champs d'intervention et une simplification. Les professionnels d'hospitalisation ou de CMP espèrent **une plus grande réactivité des**

équipes mobiles dans les réponses. Pour les professionnels des équipes mobiles, il est parfois difficile d'organiser les relais vers les structures sectorielles, ce qui est pourtant une condition de la fluidité et des possibilités de réponse de l'équipe mobile. Le travail en équipe mobile apparaît généralement comme attractif aux professionnels et leur permet de découvrir de nouveaux savoir-faire et de redynamiser leur propre parcours professionnel.

	PGG	PDTV	PV	TSA	PLUS	PIJ
EMLPP – Équipe Mobile Liaison Précarité Psychiatrie						
ARIANE – Équipe Mobile Intra-Extra et les Établissements médico-sociaux						
EMAC – Équipe Mobile des Appartements Collectifs						
EMPSA – Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé (métropole grenobloise)						
Équipe Réseau – Équipe mobile (idem Ariane)						
EMPSA – Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé						
EMAC – Équipe Mobile des Appartements Collectifs						
SPMS – Soutien Psychiatrique Médico-Social						
Équipe Réseau – Équipe mobile (idem Ariane)						
EMIL – Équipe Mobile Iséroise de Liaison Adulte TSA						
EMISS Sud et Nord – Équipe Mobile Interdisciplinaire Sanitaire et Sociale TSA						
ELSA – Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie						
Réhabilitation - Équipe Mobile d'Évaluation du C3R (en cours de construction)						
Équipe Mobile L'interFAS (lieu intermédiaire facilitant l'accès aux soins)						

	Équipe Mobile Liaison Précarité Psychiatrie
	Équipe Mobile Intra-Extra et les Établissements médico-sociaux
	Équipe Mobile des Appartements Collectifs
	Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé
	Équipe Mobile pour les TSA
	Équipe Mobile d'Évaluation du C3R
	Équipe Mobile d'Évaluation suicidaire et d'accès aux soins
	Équipe Mobile de Liaison et de Soins en Addictologie

Chacun des pôles a développé des dispositifs d'équipes mobiles, certains sont comparables, d'autres plus spécifiques. Certaines équipes mobiles ont été développées par les pôles à moyens constants, d'autres ont fait l'objet d'appels à projets et de financements fléchés (par exemple les équipes mobiles qui interviennent dans le champ des troubles du spectre de l'autisme ou bien l'équipe mobile pour adolescents L'InterFAS).

Si le champ d'intervention des équipes mobiles doit rester cohérent avec la prise en charge organisée au niveau de chacun des pôles, l'effort devra porter sur une meilleure coordination et harmonisation du travail des équipes mobiles entre elles et avec d'autres dispositifs non sanitaires existants ou en projet sur le territoire.

Il conviendra d'encourager les possibilités de fusion des équipes mobiles qui travaillent sur les mêmes champs d'action ou qui se recoupent afin de rendre plus lisible leurs

interventions pour les partenaires et les services du CHAI.

L'objectif est de créer des dynamiques de fonctionnement et un sentiment d'appartenance à un même projet cohérent.

Cela suppose de sortir d'une vision polaire, de privilégier une approche transversale cohérente avec la réalité du domaine d'intervention de ces équipes qui dépasse le territoire de leur pôle d'origine et d'organiser l'encadrement et la coordination des dispositifs. Une attention particulière sera portée à la concordance des missions, à la traçabilité d'activité et à l'évaluation des actions menées au regard des objectifs fixés et des moyens alloués (*annexe projet médical n°30*).

Les dispositifs « d'aller vers » et de prévention du suicide des personnes en souffrance psychique non suivies en psychiatrie ou en rupture de soins longue seront encouragés (projet « Psy Mob » porté par le Pôle Drac Trièves Vercors).

4. LES SOINS SPECIFIQUES : CONSOLIDER ET DEVELOPPER LES DISPOSITIFS SPECIFIQUES A FONCTIONS TRANSVERSALES

Si le parcours de soins du patient se situe sur le territoire, au plus près de son lieu de vie, mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire du CMP, l'établissement a aussi développé des dispositifs à fonction spécifique transversale qui interviennent en complémentarité.

Il s'agit soit de proposer des prises en charge plus spécifiques en réponse à des particularités de certains publics ou bien à des troubles particuliers ; soit de pouvoir proposer une réponse complémentaire aux ressources qui existent dans le CMP.

Ces dispositifs sont appelés spécifiques au regard de la spécificité de leur cadre thérapeutique, et/ou de la spécificité de la formation des intervenants et/ou de la spécificité du travail en réseau.

Pour ces différents publics et ces différents types de troubles, le CMP reste potentiellement en capacité de donner des réponses mais peut, au regard des besoins

particuliers de certains patients, proposer une orientation vers ces dispositifs spécifiques. Dans d'autres situations, ces dispositifs étant connus du grand public et des partenaires, une adresse directe est possible. Ces dispositifs peuvent aussi, en accord avec un CMP, réorienter un patient vers une prise en charge territoriale.

À côté des dispositifs décrits ci-dessous, les pôles ont tout intérêt à reconnaître, valoriser et à faire connaître des compétences spécifiques de tel ou tel professionnel. Par exemple, certains médecins se forment plus particulièrement sur les prescriptions médicamenteuses et peuvent alors être sollicités par leurs collègues pour un conseil. C'est au travers de réunions collégiales, d'échange sur les pratiques que telle ou telle compétence peut être connue, et proposée en ressources. Le tableau ci-dessous présente les principaux dispositifs selon cette répartition.

Tableau et description des dispositifs spécifiques existants et à consolider

	Prise en charge d'un public spécifique, filière de soins spécifique	Complémentarités, articulation avec le CMP	Sur quoi repose la spécificité du dispositif ?
UCAP Accueil des urgences psychiatriques au CHU (>18 ans)	Public ayant besoin d'un avis psychiatrique en urgence avec ou sans hospitalisation complète	L'avis psychiatrique peut concerner un nouveau patient ou un patient déjà inscrit dans un parcours de soins avec le CMP	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'accueil au sein des urgences - Entretien thérapeutique visant l'évaluation et l'orientation
Plateforme référentielle des auteurs (adultes) de violences sexuelles	Auteurs de violences sexuelles, généralement adressés par la justice		<ul style="list-style-type: none"> - Liens avec la justice - Cadre thérapeutique spécifique - Formation des intervenants
Service Médico-Psychologique Universitaire	Public étudiant		<ul style="list-style-type: none"> - Lien avec l'université et le centre de santé universitaire - Connaissance du réseau et du public spécifique
Alliance adolescent	Troubles spécifiques de l'adolescent	Possibilité de prise en charge complémentaire avec l'hôpital de jour, la classe thérapeutique équipe mobile d'accès aux soins et relais sur les CMP	<ul style="list-style-type: none"> - Réseau avec les acteurs, sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires des adolescents - Modalités d'accueil de soins spécifiques - Formation des intervenants
Réhabilitation C3R		Accès direct ou en lien avec le CMP	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre de soins - Formation des intervenants
Centres Experts Schizophrénie et Asperger	Diagnostic des patients schizophrènes ou Asperger	Accès direct CMP	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des intervenants - Cadre d'accueil, de diagnostic et de soins spécifiques
PARI (Psychothérapie Application et Recherche Intersectorielle)	Patients en demande de psychothérapie accès direct	Patients adressés par le CMP pour une psychothérapie en parallèle	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre thérapeutique centré sur la psychothérapie - Formation des intervenants

	Prise en charge d'un public spécifique, filière de soins spécifique	Complémentarités, articulation avec le CMP	Sur quoi repose la spécificité du dispositif ?
UMTS Ergothérapie et sociothérapie		Prise en charge complémentaire sur indication du CMP ou d'une unité d'hospitalisation	- Cadre thérapeutique avec médiation - Formation des intervenants
Dispositif d'éducation thérapeutique		Patients adressés par le CMP ou l'unité d'hospitalisation	- Cadre thérapeutique centré sur l'objectif
USN2 unité de soins psychiatriques pour détenus	Détenus à la prison de Varces		- Cadre thérapeutique spécifique - Formation des intervenants
CTAI (Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif)	Public spécifique : problématiques suicidaires	Patients adressés si besoin après un ou deux mois vers un CMP	- Cadre thérapeutique spécifique - Formation des intervenants
Précarité	Public en situation de précarité et/ou d'exclusion, accès aux soins	Démarche d'aller vers Actions d'aide aux aidants Évaluation et orientation vers les CMP si nécessaire	- Cadre d'intervention - Formation des intervenants - Connaissance du réseau et lien avec les partenaires
Périnatalité	Public spécifique enfants de moins de 18 mois au moment de la demande	Orientation vers les CMP à partir de 3 ans	- Réseau spécifique avec les maternités, les PMI, les sages-femmes, TISF... - Cadre thérapeutique spécifique - Formation des intervenants
Filière d'addictologie au Centre Ambulatoire de Santé Mentale (CASM)	Public spécifique		- Réseau spécifique - Cadre thérapeutique spécifique - Formation des intervenants

Descriptif synthétique des dispositifs ambulatoires à fonctions transversales ainsi que leurs perspectives de consolidation

UCAP Accueil des urgences psychiatriques au CHU (> 18 ans) Unité de Consultation et d' Avis Psychiatriques

Implantée sur le site du service d'accueil des urgences du CHUGA, elle se compose de psychiatres du CHAI qui assurent en journée la prise en charge des patients : accueil, diagnostic, traitement et orientation en lien avec les urgentistes.

Les astreintes de nuit et la permanence le week-end sont assurées conjointement avec les psychiatres du CHUGA depuis janvier 2019 alors qu'elles étaient précédemment exclusivement assurées par les psychiatres du CHAI.

La présence d'un cadre de santé du CHAI en semaine et en journée aux urgences facilite la coordination des différents dispositifs dans un contexte où les orientations sont influencées par le manque de lits d'hospitalisation complète avec un important travail pour engager le retour à domicile.

Tous les deux mois, une formation est organisée par le cadre de santé de l'UCAP au sein de l'APEX, unité d'hospitalisation de 72 heures, pour sensibiliser le personnel du CHUGA à la prise en charge des patients avec problématiques psychiatriques aux urgences. Cette formation intègre une intervention du personnel du SAGI (équipe d'infirmiers du CHAI qui vient en renfort sur les unités d'hospitalisation sur appel) et de l'équipe d'addictologie.

Consolidation, perspectives

Une modification organisationnelle est nécessaire aux urgences du CHUGA avec des lits dédiés et une compétence psychiatrique soignante. Il conviendra d'étudier la question du remplacement du cadre coordinateur lors de ses absences et l'extension de sa présence au samedi. Les locaux actuels ne sont pas

adaptés à la surveillance et à la prise en charge de qualité des patients relevant de la psychiatrie. Ce projet devra être mené conjointement avec les équipes du CHUGA, y compris dans sa dimension architecturale.

Les actions de formation proposées par l'UCAP au personnel du CHUGA (médecins, IDE, brancardiers, cadres...) seront aussi renforcées. L'objectif est d'éviter le passage aux urgences.

Dans ce contexte, la priorité porte sur les réponses à apporter aux CMP qui adressent leurs patients aux urgences pour pouvoir accéder directement à un lit d'hospitalisation dans un contexte de baisse capacitaire, de saturation des lits et de pénurie médicale.

L'ouverture progressive sur l'année 2019 de lits dédiés à la prise en charge du sujet âgé permettra au CHAI de retrouver un capacitaire de 25 lits gelés en 2017 et de faciliter les hospitalisations à temps complet en psychiatrie générale à partir des CMP.

Afin d'accompagner les évolutions de pratiques vers des alternatives à l'hospitalisation, il conviendra de :

- faciliter les liens avec les CMP depuis l'APEX ;
- développer les liens avec les HDJ notamment de crise ;
- accompagner les CMP (voir premiers chapitres) ;
- Permettre l'accès au C3R directement des urgences.

Plateforme référentielle des auteurs (adultes) d' infractions à caractère sexuel

La PFR (plateforme référentielle) est un dispositif de soins dédié aux Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS), crée en 2010, sur décision de l'ARS Rhône-Alpes. Elle est adossée au CMP Les Oréades (décision prise en 2010 d'intégrer les professionnels et les

patients dans un espace de soins « anonyme », non stigmatisant). Cette unité fonctionnelle dessert tout le département de l'Isère.

Les personnes se présentant sur la PFR du CMP « Les Oréades » y sont orientées essentiellement par les partenaires suivants : le Service Pénitentiaire d'Insertion et Probation (SPIP), l'Agence Régionale Pour l'Insertion (l'AREPI), les médecins coordonnateurs du département, des CMP de secteur pour évaluation et/ou prise en charge s'ils n'ont pas la possibilité de les accueillir dans leur file active, de l'USN2, de la Maison d'Arrêt de Varcès, via le **CRIAVS** (Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences sexuelles) qui fait le relais de certaines demandes émanant d'associations (planning familial) et de professionnels libéraux, ou des patients directement, et enfin des Juges d'Application des Peines (JAP).

Les patients (en injonction de soin ou obligation de soin ou soin libre) sont reçus en entretien d'évaluation infirmier, puis bénéficient d'une évaluation psychologique (avec passation d'un test de personnalité spécifique) et d'une évaluation médicale.

Une Réunion de Concertation Pluri-professionnelle (RCP) est prévue dans les trois mois, le patient est invité à la deuxième partie de la RCP : il est informé du résultat de l'évaluation et de la prise en charge proposée (qui comporte des temps de groupe thérapeutiques spécifiques), il peut exprimer son vécu de l'évaluation et ses attentes, en dialogue avec les préconisations des professionnels. Cette rencontre permet de définir ensemble le projet de soins, base d'une alliance thérapeutique dont la qualité est réévaluée annuellement.

Comme définies dans le guide de l'injonction de soins, les relations avec le médecin coordonnateur participent à la continuité du parcours de soins : lui seul est amené à faire l'interface avec la justice et à vérifier l'effectivité de la prise en charge.

La PFR participe aux réunions pluriannuelles du réseau Santé-Social-Justice rassemblant les intervenants travaillant auprès des auteurs de

violences sexuelles et aux réunions semestrielles des PFR de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les patients mineurs sont plutôt reçus à l'Alliance adolescents au dispositif Mission Accueil Relai Soins (MARS), et un relai peut être pris par la PFR si nécessaire.

Service Médico-Psychologique Universitaire (SMPU)

Structure intersectorielle destinée aux étudiants, quelle que soit leur domiciliation, et relevant de soins psychiatriques et psychothérapiques d'orientation psychodynamique (prise en charge individuelle et ou groupale), rattachée au Pôle Grenoble Grésivaudan.

Située dans les locaux du CASM, elle comporte une équipe mixte, psychiatres - psychologues, un temps de cadre de santé (0,2 ETP), un temps plein de secrétaire réalisant : l'accueil, l'organisation des rendez-vous, la tenue des dossiers, le lien entre les professionnels de la structure et les partenaires.

L'adressage se fait par les unités d'hospitalisation et les structures ambulatoires du CHAI, mais aussi par le service de santé universitaire, la clinique du Grésivaudan, la filière adolescents et les services universitaires de psychiatrie et de médecine sociale du CHUGA. En 2018, le SMPU a accueilli 680 patients avec plus de 250 nouvelles demandes de prise en charge.

Alliance adolescent

L'alliance adolescent est une structure interne transversale du pôle pédopsychiatrie. Elle est constituée de plusieurs unités fonctionnelles :

- le centre de consultation et de psychothérapie reçoit sans délai des adolescents généralement adressés par des professionnels (médecins généralistes, urgences, collèges et lycées, éducateurs de foyer ou de prévention, mission locale, point écoute, maison des adolescents...);

- l'hôpital de jour propose des soins institutionnels à des jeunes aux pathologies aiguës et intenses survenues à l'adolescence ;
- la classe thérapeutique avec des enseignants de l'unité de soin étude de l'éducation nationale ;
- l'équipe mobile InterFAS avec son CATTP de crise destiné aux jeunes qui n'ont pas accès aux soins ou à ceux dont la problématique suicidaire nécessite une évaluation et une prise en charge sans hospitalisation complète.

L'Alliance adolescent, depuis sa création en 1989, est un acteur repéré des partenaires du champ de l'adolescence et y entretient des relations de travail riches et nombreuses. Au sein du dispositif MARS destiné aux jeunes en danger de délinquance, une psychologue propose des soins aux AICS mineurs et participe à des temps de travail mensuels avec les partenaires de l'interface santé-justice.

Consolidation, perspectives

L'effectif médical est à pourvoir pour le bon fonctionnement de cette structure transversale (lisibilité des projets, fiches de poste, appel à candidature, possibilité de temps partagé avec un autre poste, répartition des responsabilités et charge de travail au sein de la structure interne, positionnement de la responsabilité médicale de l'unité d'hospitalisation temps plein).

« La lisibilité et l'articulation des indications entre les CMP de l'agglomération et l'alliance adolescent seront rendues plus lisibles. »*

Des collaborations sont à organiser, notamment avec les CMP excentrés, sur les parcours de soins des adolescents (réunion cas complexe par exemple).

La RMM, Revue Mortalité Morbidité inter-établissements, sur l'hospitalisation et la prise en charge des adolescents est à poursuivre ; les préconisations doivent être diffusées et traitées institutionnellement au sein des différents établissements.

La question des soins institutionnels pour les enfants porteurs de troubles neuro-développementaux, sortants des hôpitaux de jour et des CATTP à l'âge de 12 ans et nécessitant encore une prise en charge institutionnelle devra trouver une ou des solutions au sein du pôle.

Réhabilitation C3R

Labellisé en 2013, le Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive (C3R) du CHAI fait partie du dispositif inter-régional ARS de réhabilitation psychosociale (régions AURA et Nouvelle Aquitaine).

Ses missions (soins, formation-partenariat, réseau, recherche) sont définies par cahier des charges et s'inscrivent dans le cadre fixé par le décret 2017-1200 et l'instruction aux ARS du 16/01/2019 relative au déploiement des soins de réhabilitation psychosociale. Il propose des soins de référence (remédiation cognitive, éducation thérapeutique des personnes et des familles, TCC, entraînement des compétences sociales, intervention de pairs-aidants, emploi accompagné), en complément du suivi psychiatrique conventionnel. La réhabilitation psychosociale concerne potentiellement l'ensemble des usagers avec troubles psychiques sévères et cible en priorité les personnes jeunes ayant un trouble psychique en début d'évolution, dans une perspective de prévention du handicap psychique et de maintien des ressources préservées. Le C3R contribue donc également à la sensibilisation ou à la formation des professionnels de santé pour faciliter les orientations vers le C3R et le déploiement de soins de réhabilitation de base dans les secteurs psychiatriques. Le C3R a une vocation territoriale et a pour mission de soutenir le développement de centres de réhabilitation de proximité dans l'Arc Alpin (Nord-Isère, Drôme, Savoie et Haute-Savoie). Il a une mission de recherche et conduit ou participe à plusieurs programmes de recherche (cohorte inter-régionale des centres référents, études multicentriques).

Consolidation, perspectives

Le C3R a mis en place depuis fin 2018 un « case management » de transition aux urgences psychiatriques (APEX) pour faciliter un repérage précoce des personnes avec un premier épisode psychotique et favoriser l'engagement dans les soins, la coordination entre les différents acteurs et un accès précoce aux soins de réhabilitation psychosociale. Cette activité pourrait se développer davantage dans les prochaines années. Le C3R contribue au déploiement sur l'ensemble du CHAI du plan de crise conjoint, un outil de décision médicale partagée et de prévention des rechutes avec une orientation vers le rétablissement. Il intervient dans le cadre d'une convention de partenariat, en appui du Cotagon, structure médico-sociale (foyer de vie) autorisée pour la réadaptation professionnelle et la réinsertion, pour la détermination des profils d'admission relevant de la réhabilitation et l'accompagnement vers la mise en place de soins de réhabilitation psychosociale et de pratiques orientées rétablissement.

Centres Experts Schizophrénie et Asperger

Les Centres Experts Schizophrénie et Asperger, labellisés en 2010 et 2013, font partie du réseau national des Centres Experts portés par la Fondation FondaMental.

Ils ont une mission d'aide au diagnostic (premiers épisodes psychotiques ou situation diagnostique complexe pour le centre expert Schizophrénie, diagnostic de troisième ligne pour le Centre Expert Asperger) grâce à la réalisation d'évaluations standardisées. Ils proposent une évaluation fonctionnelle exhaustive (sévérité des troubles, insight, comorbidités psychiatriques et somatiques, tolérance des traitements médicamenteux, bilan neuropsychologique) et peuvent être sollicités pour des avis thérapeutiques sur la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse. Ils participent à plusieurs programmes de recherche et PHRC nationaux.

Une consultation spécialisée Asperger (financement ARS) a été mise en place en 2017 pour la réalisation de diagnostics de deuxième ligne et la mise en place d'un accompagnement en post-diagnostic immédiat.

Consolidation, perspectives

Le Centre Expert Asperger a mis en place depuis 2017 un dispositif d'aide au diagnostic et de conseil sur la prise en charge, via la réalisation de Réunions de Concertation Pluri-Professionnelles (RCP).

Il est prévu de renforcer ce dispositif et de proposer des RCP diagnostiques et/ou thérapeutiques régulièrement aux professionnels de santé.

Le Centre Expert Schizophrénie a également prévu la mise en place de RCP diagnostiques et thérapeutiques courant 2019.

PARI (Psychothérapie Application et Recherche Intersectorielle)

Le PARI est une structure de soins intersectorielle rattachée au Pôle Grenoble Grésivaudan, située au centre-ville de Grenoble qui propose des thérapies psychodynamiques individuelles, de couples et ou familiales.

Les prises en charge sont dispensées par une équipe de psychologues cliniciens (2,9 ETP). Les patients sont adressés directement par le réseau de soins primaires ou par les soins psychiatriques (CMP, unités d'hospitalisation).

Les services de pédopsychiatrie peuvent également y adresser des parents d'enfants suivis, ce qui peut permettre la prise en charge d'une problématique parentale personnelle, en parallèle des soins délivrés à leur(s) enfant(s).

Les psychologues y exerçant sont également engagés dans des recherches cliniques et participent à des présentations et publications scientifiques.

UMTS ergothérapie sociothérapie

L'UMTS est une structure interne inter-polaire où une équipe pluri-professionnelle dispense des soins spécifiques aux patients en hospitalisation complète, ainsi qu'aux consultants sur les structures externes. Elle participe à la prise en charge des patients en phase de décompensation, de consolidation et de prévention des rechutes.

La médiation thérapeutique inclut l'ergothérapie, la psychomotricité et le sport adapté.

La sociothérapie inclut la bibliothèque, Temps libre (la cafétéria) et le bilan d'autonomie.

Les missions de l'unité sont de :

- situer le patient comme acteur de son projet de soins et de vie ;
- évaluer les capacités de la personne ;
- favoriser le mieux-être, renforcer l'estime de soi, la réassurance, la prise de conscience de soi et de ses capacités ;
- travailler l'autonomie de la personne et maintenir ses acquis ;
- travailler sur la socialisation et lutter contre la stigmatisation.

Des interventions aux seins de plateaux de santé des pôles cliniques sont possibles.

Consolidation, perspectives

Les professionnels de ce service doivent être plus régulièrement informés des synthèses dans les unités pour les patients qu'ils suivent. Ils doivent pouvoir accéder aux informations du dossier informatisé du patient et pouvoir y laisser des comptes rendus des prises en charge spécifiques qu'ils effectuent.

L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie (Loi HPST du 21/07/2009).

Elle s'adresse à toute personne atteinte d'une maladie chronique organique ou psychique :

« L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. » Rapport OMS 1995.

Forte de plus de 120 professionnels du CHAI formés à l'animation ETP (médecins, pharmacien, préparateur en pharmacie, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, cadres de santé), bénéficiant de deux programmes autorisés par l'ARS fin 2018 et coordonnés, la mise en œuvre d'une offre d'ETP organisée au sein des pôles de psychiatrie adulte du CHAI a déjà pu bénéficier à plusieurs dizaines de patients.

Consolidation, perspectives

Le projet 2019/2023 est maintenant de renforcer et de structurer cette offre de soins au sein des pôles pour la rendre plus accessible à la majorité des patients potentiellement concernés et plus lisible par les professionnels du CHAI sur les troubles habilités (Schizophrénie, troubles bipolaires, troubles du spectre de l'autisme et TADA troubles hyperactivité avec ou sans déficit attentionnel chez l'enfant) (annexe projet médical n° 7).

Unités de soins psychiatriques pour détenus - USN2 Unité Sanitaire de Niveau 2

Ce service de psychiatrie prend en charge les personnes détenues au centre pénitentiaire de Varces et regroupe plusieurs unités fonctionnelles :

- une unité de soins ambulatoires (intra et extra-muros) qui propose un suivi personnalisé aux détenus (majeurs et mineurs) présentant des troubles psychiatriques et ce tout au long de leur incarcération et après leur libération jusqu'à ce qu'un relai soit fait avec les structures de soins de secteur ;

- un hôpital de jour (SMPR) qui se trouve au sein de la détention de 22 lits pour accueillir des patients de la région pénitentiaire : Drôme, Ardèche, Isère, Savoie et Haute-Savoie ;
- un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) : structure médico-sociale qui prend en charge les patients sous-main de justice (incarcérés mais aussi en placement extérieur et/ou en obligation de soin) présentant des addictions (produits toxiques et comportements).

L'activité du service se déroule en partie au sein du centre pénitentiaire de Varcès, et en partie en extra-carcéral dans des locaux dédiés sur le plateau de santé d'Échirolles.

Les missions de l'USN2 sont de proposer des actions de prévention en santé mentale, de dépister et de traiter les pathologies psychiatriques des personnes sous-main de justice et de veiller à la continuité des soins tout au long de leur parcours judiciaire.

Consolidation, perspectives

Le projet 2019-2023 veillera à consolider l'organisation existante. Pour 2019-2021, un poste d'assistant partagé psychiatrie médecine légale sera demandé en lien avec le CHU Grenoble Alpes.

Centre Thérapeutique Ambulatoire Intensif (CTAI)

Le dispositif du CTAI est un projet novateur pour la prise en charge ambulatoire de patients en crise psychique. Il répond à une demande forte autour de la crise suicidaire et les troubles débutants, enjeu de santé publique. La création du CTAI à Saint-Martin-d'Hères permet un gain de qualité de travail aux urgences et une baisse d'inquiétude du fait de la prise en charge rapide du patient à sa sortie des urgences.

Ce dispositif, inter polaire a pour mission l'accueil et le suivi, sur une période de deux mois, de patients adressés par les services

d'urgences, de post-urgence et de médecine du CHAI, du CHUGA et du CH de Voiron.

Son projet s'oriente autour de valeurs soignantes comme l'empathie et la bienveillance. Le patient est placé au centre du dispositif, acteur de son propre projet de soins personnalisé et accompagné par une équipe soignante autonome et experte supervisée par une équipe médicale.

Dès les urgences, le projet de soin individualisé provisoire est construit avec le patient et un premier rendez-vous sur le CTAI avec le soignant référent est positionné dans les 24 heures après la sortie des urgences.

Durant les deux mois de prise en charge, le patient bénéficie d'entretiens individuels et/ou de prise en charge collective et/ou d'ateliers de médiation visant à apaiser la crise et à construire, si besoin, un projet de soins plus pérenne en CMP, en libéral mais le plus souvent vers le centre de psychothérapie PARI ou le service de soins pour étudiants SMPU. En fonction de ses besoins, le patient peut aussi rencontrer un travailleur social, l'équipe mobile du C3R ou de l'addictologie.

Un rendez-vous à six mois après la sortie du dispositif est proposé par le soignant référent afin d'évaluer l'état clinique du patient et la pertinence du projet de soins.

Consolidation, perspectives

Une évaluation du CTAI sera programmée sur le second semestre de l'année 2019, soit un an après son ouverture. Cette évaluation permettra de mettre en avant la plus-value de la création de ce dispositif novateur.

Par ailleurs, conformément au Programme Régional de Santé (PRS) qui prévoit dans ses objectifs, l'optimisation du suivi des personnes ayant réalisé une tentative de suicide et le renforcement de la post-vention, le CHAI a d'ores et déjà formalisé, en partenariat avec le CHUGA, un projet de dispositif de recontact, appelé Vigilans.

Précarité

Conformément à la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998, le CHAI met à disposition deux dispositifs visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des soins psychiatriques pour les personnes en situation de grande précarité, sans couverture sociale et/ou sans domicile fixe, qui ont pour objectif d'orienter ces personnes vers les structures de soin de droit commun.

L'Équipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité se positionne dans une démarche « d'aller-vers » en rencontrant les personnes où elles se trouvent (réalisation de maraudes et de permanences dans des structures sociales) et se met à disposition des partenaires sociaux dans une position de soutien et d'aide aux professionnels et bénévoles. La permanence se situe au centre-ville de Grenoble.

La PASS PSY : une permanence est assurée sans rendez-vous au local dédié situé au centre-ville de Grenoble. Cela permet l'accueil, l'accès aux droits (mise en place d'une couverture sociale) et l'évaluation psychiatrique des personnes qui le souhaitent au sein du public ciblé : personne sans couverture sociale et/ou sans hébergement et ne bénéficiant pas d'une prise en charge psychiatrique par ailleurs. Une équipe pluri-professionnelle comportant temps infirmiers, médicaux, psychologues, assistants sociaux travaille à l'orientation des patients vers les structures de soins de droit commun, en respectant un équilibre et une continuité des soins tenant compte du territoire et du contexte de vie des patients. La PASS PSY vient également en soutien des équipes intra ou extra hospitalières qui sont amenées à prendre en charge des personnes en situation de grande précarité.

Consolidation, perspectives

Le CHAI a participé activement à la construction de la réponse à l'appel d'offres « Un chez soi d'abord » lancé par le Ministère de la santé ; il est aujourd'hui administrateur du GCS constitué à la suite de l'obtention de l'autorisation d'activité. Conformément aux objectifs nationaux, il intègre ce nouveau

dispositif dans son offre de soins et sa gestion des parcours patients, notamment par l'intermédiaire de l'équipe mobile précarité et du centre expert de réhabilitation.

Périnatalité

Le CHAI propose une prise en charge périnatale au travers du dispositif Asstriade (Accueil Soins Séquentiels de la Triade) qui dispose de deux équipes sur le territoire d'intervention de l'établissement. Dans cette filière, l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP) est, pour sa part, portée par le CHU Grenoble Alpes et les autres maternités du secteur disposent de psychologues. Ces dispositifs ambulatoires sont désormais bien reconnus et bien repérés.

L'accent est mis, et doit se développer, sur l'aide au repérage des bébés à risque de troubles neuro-développementaux et du développement sensori-moteur, cognitif et émotionnel dans les deux premières années de la vie pour des prises en charge spécialisées et précoces, voire dès la grossesse dans les situations à risque.

Les points clés de la prise en charge périnatale reposent sur un adressage anticipé, un travail collaboratif important et une prise en compte de la famille dans sa globalité.

Consolidation, perspectives

Il est important que l'établissement définisse en lien avec ses partenaires (autres établissements de santé, réseau périnatal, département) les modalités pertinentes de son action et le niveau de polyvalence et de spécialisation des équipes.

La réflexion autour de postes de pédopsychiatres partageant leur activité entre la périnatalité et d'autres secteurs devrait se développer dans une démarche d'attractivité. Il est nécessaire de continuer à travailler avec le CHUGA les modalités d'articulation des dispositifs déjà existants.

Enfin, la question de l'hospitalisation des patientes (enceintes ou jeunes mamans) devra

être abordée dans un second temps en envisageant l'identification de quelques lits soit dans une unité de psychiatrie spécialisée, soit dans une unité de prise en charge des troubles débutants.

Filière addictologie au Centre Ambulatoire de Santé Mentale (CASM)

La filière addictologie récemment installée au centre ambulatoire de santé mentale de Saint-Martin-d'Hères a pour vocation de développer plusieurs axes :

L'offre de soins : la filière vise à proposer une offre de soins la plus complète possible, qui va de la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) à l'hospitalisation complète. La CJC doit s'adosser à un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Le projet pourrait se concrétiser par un partenariat « CHAI-CSAPA du CHU ».

L'hospitalisation de jour est un dispositif complémentaire, avec des objectifs clairement identifiés dans le projet qui a permis son extension. Il est conçu comme une modalité de consolidation post-hospitalisation et de gestion de crise (donner un cadre étayant pour des situations complexes). Aujourd'hui, il faut favoriser les échanges constructifs avec le CSAPA et les soins externes (décloisonner et permettre plus facilement le passage d'une offre à une autre). Il est important de pouvoir faire des propositions de prise en charge pragmatiques aux patients.

Les parcours de soins et l'articulation entre les structures : une façon de créer le lien entre le CSAPA du CHUGA et les unités de l'intersecteur d'addictologie du CHAI pourrait être des staffs cliniques communs, des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) autour de situations cliniques complexes qui permettent de tirer profit de l'ensemble de la palette de soins, de réaliser une articulation pertinente et complémentaire des différents dispositifs. La réflexion sur les parcours de soins avec les partenaires de la filière (discussions à avoir aussi au sein du réseau addictologique isérois)

pourrait par exemple amener à la réflexion sur le « gestionnaire de parcours » au sein de la filière. Dans cette situation, le gestionnaire de parcours qui se voit confier la coordination peut émaner d'une équipe CHAI, CHUGA, ou autre, en fonction de l'origine de la demande, du parcours envisagé, etc.

L'organisation et le pilotage : la question du pilotage (CHAI)/copilotage (CHAI + CHUGA) sera essentielle et ce d'autant que, plus largement, la filière de soins doit inclure la clinique du Dauphiné (qui développe son offre clairement centrée sur les situations comorbides (pathologies psychiatrie-addictologie) avec l'hospitalisation complète, bientôt un HDJ et des approches thérapeutiques complémentaires de celles qui sont proposées ailleurs) et le CH de Voiron (hospitalisation complète et rapprochement avec le CHUGA).

Le soutien institutionnel fort (concrétisé par le projet d'établissement) est fondamental afin de disposer des ressources (notamment médicales) nécessaires à la mise en œuvre du projet et de guider ces interactions multiples.

La formation : La qualité des soins est conditionnée par la formation. La formation continue renforce la filière actuelle, la formation initiale prépare celle de demain. Elle apparaît donc une priorité, compte-tenu des énormes évolutions de la discipline, et au vue des ressources médicales, rares aujourd'hui et à moyen terme.

Le CASM représente une opportunité pour former/renforcer la formation. Le CASM pourrait devenir une plateforme d'enseignement, qui lui donne une visibilité supplémentaire, affichage fort psychiatrie-addictologie, cohabitation des différents services qui permet la circulation des internes, etc.

À côté des dispositifs de soins transversaux accueillant les patients, les professionnels s'appuient sur des **DISPOSITIFS TRANSVERSAUX VENANT EN SUPPORT DES SOINS**. Ils sont nombreux et ne sont pas tous décrits ici.

À titre d'exemple, la contribution du comité d'éthique, issue de la plateforme :

« Le Comité d'Éthique a été constitué en lien avec la CME pour répondre à l'exigence de la HAS pour promouvoir une réflexion éthique au sein de l'établissement. Il regroupe des professionnels du CHAI et des intervenants extérieurs (philosophe, juriste, représentants de l'UNAFAM et des usagers, etc.), qui se réunissent en session plénière trois fois par an, et interviennent ponctuellement dans les unités à la demande des professionnels autour de la "saisine" d'une situation concrète problématique avant de rendre un avis.

Il peut également être saisi par les professionnels ou proposer de lui-même une réflexion thématique. C'est dans ce cadre qu'une première réunion a été organisée sur sollicitation des pédopsychiatres sur le thème "isolement et contenance en pédopsychiatrie" le 14 juin 2018 (compte-rendu disponible sur l'Intranet).

En terme de projets, le Comité d'Éthique souhaite rester en lien étroit avec la réflexion qui est menée sur ce thème au sein de l'établissement, par le biais de saisines thématiques d'une part, par la constitution d'un groupe de travail pluri-professionnel d'autre part et enfin par la perspective d'organiser une journée thématique sur le mode du Forum ouvert centré sur l'éthique.

Le groupe transversal pluri-professionnel en cours de constitution aurait pour objectif de promouvoir une réflexion éthique au quotidien de la pratique soignante, et une clarification des valeurs communes sous-tendant notre action. » *

Tableau et description des dispositifs spécifiques en projet, à développer

Projet	Population concernée	Liens avec les CMP	Besoins particuliers du projet
Plateau technique pour les soins psychothérapeutiques		Patients adressés par le CMP ou l'unité d'hospitalisation	- Cadre spécifique du soin - Formation des intervenants
Soins aux migrants, consultations transculturelles	Migrants	Accès direct en parallèle d'un suivi CMP ou d'une hospitalisation	- Formation des intervenants - Réseau des partenaires impliqués avec ce public
Souffrance et travail : consultation de psychopathologie du travail	Public spécifique adressé par les urgences, les généralistes, les médecins du travail...		- Formation des intervenants - Réseau des partenaires impliqués avec ce public
Consultation TSA adulte	Public spécifique	Vient en support du médecin traitant ou du CMP référent	- Formation des intervenants

Présentation des principaux projets de dispositifs ambulatoires à fonctions transversales

Plateau technique pour les soins psychothérapeutiques

Au cours des groupes de travail et sur la plateforme, les professionnels ont été nombreux à souhaiter le développement de soins psychothérapeutiques et approches complémentaires d'une façon plus lisible, plus diversifiée et d'accès plus simple (*annexe projet médical n°10*).

Les médecins souhaitent qu'il soit possible d'adresser des patients vers tel ou tel type de soins psychothérapeutiques en fonction des besoins et des souhaits des patients.

Au CHAI, de nombreux professionnels se sont formés, notamment avec des formations longues et diplômantes telles que les thérapies cognitives comportementales, l'art thérapie, les thérapies familiales... D'autres personnes ont appris des techniques sur des cursus plus courts tels que la relaxation thérapeutique, l'hypnose, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing c'est-à-dire désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires), etc.

Ces professionnels suggèrent que, pour toute formation financée par l'établissement, la possibilité d'exercer leur nouvelle compétence sur 10 % de leur temps, de manière lisible soit d'emblée envisagée.

Le projet est donc :

- dans un premier temps **d'établir un carnet d'adresses** des différentes personnes en fonction de leurs compétences dans les soins psychothérapeutiques et approches complémentaires ;
- ensuite de réfléchir sur un plan institutionnel et au sein de chaque pôle à la possibilité de dégager **des plages de temps dédiées** à l'exercice de ces psychothérapies ;

- **l'organisation d'une unité de soins psychothérapeutiques** peut revêtir plusieurs formes :
 - une forme virtuelle ou de réseau avec un agenda commun permettant aux prescripteurs d'adresser un patient sur le site où travaille habituellement l'un des professionnels formés ;
 - un plateau technique qui regroupe géographiquement l'exercice de thérapies diverses avec l'intérêt d'un meilleur repérage par les patients, d'une stimulation collégiale pour les professionnels mais qui demande de dégager plus de temps dédié ;
 - une forme panachée avec un plateau technique sur l'agglomération et des plages dédiées sur les territoires et en hospitalisation complète.

Soins aux migrants : consultations transculturelles

« Pour accompagner efficacement les patients ayant vécu une immigration récente, il est primordial de prendre en compte leurs affiliations culturelles, leurs manières de penser et d'être au monde. En effet, la reconnaissance symbolique des représentations des patients contribue grandement à la construction d'une alliance thérapeutique », elle-même support à l'efficacité des soins.

« Certaines situations sont dites « complexes » car elles touchent à différents champs du social et du soin qui s'imbriquent et se mêlent (clinique de l'exil, du trauma, situations de précarité) ». Le projet consiste à créer une consultation animée par des professionnels formés, pouvant recevoir des adultes, des enfants, des mineurs isolés, des familles entières et aussi leur proposer des suivis au

travers de groupes thérapeutiques (*annexe projet médical n°8*).

Souffrance et travail : consultation de psychopathologie du travail

Les personnes en souffrance psychique importante en lien avec le travail sont souvent rencontrées aux urgences ou lors d'expertise ; les soins en CMP ne sont pas adaptés. Leur prise en charge nécessite une formation spécifique et une bonne connaissance du réseau lié au travail (médecin du travail, inspecteur du travail, psychologue du travail, ergonomiste...).

Ces constats ont conduit au projet d'ouvrir une consultation associant un psychiatre et un psychologue pour proposer un diagnostic, une orientation et un accompagnement aux personnes en situation de souffrance au travail... en articulation avec les prises en charge somatiques et sociales. L'implantation de la consultation au service des maladies professionnelles du CHUGA permet de ne pas porter un regard purement psychiatrique sur ces troubles et de favoriser un recours précoce. Le deuxième objectif vise une montée en

compétence sur le territoire au travers de formations, analyse de la pratique, etc. afin de familiariser les soignants au dépistage de ces troubles chez les patients mais aussi de contribuer au développement d'une culture de prévention des risques psychosociaux dans l'établissement (*annexe projet médical n°9*).

Consultation TSA adulte

Le projet est de créer une activité de consultation sur l'exemple d'un CMP dédié aux TSA adultes, au sein du pôle autisme du CHAI. Les consultations sont à visées thérapeutique et diagnostique si nécessaire, et un éventuel « bilan EMIL » pour des préconisations afin d'améliorer la qualité de vie des patients et leur entourage.

Les consultations peuvent se dérouler en présence d'un soignant (IDE, éducateur, psychologue).

Le suivi peut être limité dans le temps, puis si nécessaire à la demande de l'intéressé ou son entourage.

C'est un suivi complémentaire qui ne remplacera pas les médecins traitants ni le psychiatre traitant.

5. DEVELOPPER LES COLLABORATIONS AVEC LE RESEAU DE SOINS PRIMAIRES (MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES, MAISON DE SANTE, PROFESSIONNELS DE SANTE)

L'objectif du projet médical est d'améliorer la collaboration avec les médecins généralistes et la médecine de ville en général (infirmier libéral) afin d'améliorer la prise en charge globale des patients (psychiatrique et somatique) et afin d'établir des relations vécues comme satisfaisante des différentes parties pour une meilleure coopération.

Du côté des médecins généralistes et des infirmiers libéraux, les témoignages sont unanimes pour demander un renforcement des liens avec les CMP avec en particulier :

- des temps de concertation ou de synthèse pour les patients suivis en commun ;
- la délivrance d'informations en temps réel au médecin généraliste sur tout changement intervenant dans le parcours de soins ;
- la possibilité d'accès rapide aux CMP pour un avis spécialisé pour un patient suivi par le médecin généraliste ou par l'infirmier libéral.

Du côté des équipes CMP, le renforcement des liens avec les CMP permettrait de :

- distinguer les patients qui nécessitent une orientation vers le médecin généraliste de ceux qui nécessitent le plateau technique spécialisé du CMP ;
- soutenir les médecins généralistes pour les situations qu'ils peuvent prendre en charge ;
- effectuer des relais vers le médecin généraliste pour des patients stabilisés qui n'ont besoin que du renouvellement de leur traitement ;
- s'assurer que la surveillance des effets secondaires des traitements psychotropes est régulièrement suivie par le médecin généraliste.

(Annexe projet médical, article du Docteur Philippe Pichon, médecin généraliste en centre de santé associatif de la ville de Grenoble au sujet des liens avec le CMP de secteur.)

Si les médecins et les infirmiers sont les interlocuteurs les plus fréquents, dans l'approche globale des patients, il est important de prendre en compte les auxiliaires de vie, les dentistes, les kinésithérapeutes, les laboratoires d'analyse, les médecins spécialistes, etc.

Les perspectives pour le projet médical, sont issues de l'analyse de ces demandes d'une part et des pratiques ou expérimentations déjà réalisées d'autre part :

- Sur les territoires, organiser des rencontres pluriannuelles entre les CMP et les médecins et infirmiers libéraux pour connaître les fonctionnements réciproques et travailler sur les parcours de patients ;
- Encourager des journées portes ouvertes par exemple dans le cadre des semaines d'information sur la santé mentale (SISM) avec possibilité de publicité ;
- Améliorer des délais d'envoi des comptes rendus hospitaliers et invitation aux synthèses ;

- Structurer des permanences de réponse aux médecins généralistes et infirmiers libéraux au sein de l'équipe pluridisciplinaire du CMP ;
- Former des acteurs du réseau de soins primaires aux troubles psychiques et présentation des différents dispositifs de soins ;
- Identifier dans ce réseau, l'accès aux populations spécifiques qui ont du mal à y trouver des suivis (patients porteurs de troubles du spectre de l'autisme, sujet âgé, patients avec plusieurs comorbidités, migrants, adolescents et jeunes adultes, patient déficient intellectuel...) (*annexe projet médical n° 29*) ;
- Promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique construits et réalisés avec le réseau de soins primaires (par exemple patient souffrant de psychose et de diabète) ;
- Lors des implantations ou réimplantation géographiques d'un CMP, envisager le rapprochement avec une maison de santé ou un centre de santé sur le territoire ;
- Développer la possibilité de la participation d'un infirmier du CMP à la consultation avec le médecin généraliste ou entretien infirmier au cabinet médical qui permet aux généralistes de garder la main sans transfert au CMP : le projet est de développer les pratiques avancées pour approfondir les liens entre infirmier et généraliste en s'inspirant de l'initiative de la maison de santé de Monestier-de-Clermont tout en veillant à permettre la valorisation des actes infirmiers (partage de cette expérience et acte comptabilisé dans l'activité) ;
- Désigner au sein de l'équipe des infirmiers du CMP, l'un d'entre eux qui assurera une vigilance plus particulière sur les soins somatiques de la patientèle du CMP (*annexe projet médical n° 28*) ;

- Etablir une cartographie et développer un réseau des professionnels de santé pouvant recevoir des patients schizophrènes ou porteurs de troubles du spectre de l'autisme (Handiconsult) ;
- Faciliter l'accès aux soins somatiques en développant l'accès aux plateaux techniques du CHAI et du CHUGA pour des patients qui, malgré les accompagnements mis en œuvre, ne peuvent pas trouver un suivi somatique sur leur territoire grâce à la mise en place d'un infirmier de coordination et à l'identification de plages de consultation dédiées ;
- Améliorer la lisibilité de la PASS (cf. ci-dessus) et interroger l'accès aux personnes mineures ;
- Développer les liens avec le CHUGA pour avoir accès aux consultations spécialisées (cardio par exemple) ;
- Envisager l'installation d'électrocardiogramme dans les CMP ou les plateaux de santé pour pouvoir, par exemple, démarrer un traitement rapidement (à l'alliance adolescents, deux infirmières sont formées à l'utilisation de l'électrocardiogramme, permettant au pédopsychiatre une prescription rapide lorsque les délais d'accès au médecin généraliste ou une consultation avec un cardiologue sont longs) ;
- Envisager l'accès aux soins institutionnels (CATTP et hôpitaux de jour) de patients suivis en libéral par des psychiatres. En effet, il n'est pas nécessaire d'effectuer un relais au CMP si le praticien libéral continue d'assurer les consultations, participe aux synthèses et reste référent du parcours de soins.

6. DEVELOPPER LA COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES, EN AFFIRMANT LE ROLE SANITAIRE DE L' HOPITAL

Développer la collaboration avec le réseau social et médico-social dans la gestion des situations complexes pour que l'hôpital garde sa vocation sanitaire est un objectif qui permet aussi que ces collaborations profitent à des situations moins complexes afin qu'elles ne s'aggravent pas.

Régulièrement des patients sont admis sur le mode de la crise, associant une détérioration de l'état clinique et un contexte d'épuisement de l'entourage. Il arrive que le retour au domicile ou dans le foyer d'hébergement ne soit pas réalisé malgré l'amélioration de l'état clinique entraînant une occupation des lits par des patients qui pourraient sortir.

Si le manque de solution sociale et médico-sociale est régulièrement mis en avant, l'hôpital se propose de développer les collaborations avec les interlocuteurs des champs sociaux et médico-sociaux pour prévenir l'apparition de telles situations et

envisager, par une réflexion continue, comment les gérer ensemble.

Avec le public adolescent, l'hôpital a été engagé depuis 30 ans au développement d'un réseau qui a permis aux différents interlocuteurs d'apprendre à travailler ensemble, de découvrir la réalité de chacun des intervenants, de s'épauler sur les situations difficiles... Dans cette dynamique, des nouveaux projets ont pu voir le jour avec par exemple l'initiative du département pour créer une unité d'hébergement (CAI, Centre pour Adolescents de l'Isère) pour des adolescents présentant une problématique psychique lourde avec nécessité de liens pluri hebdomadaires avec les unités de soins du CHAI, permettant ainsi une sortie de l'unité d'hospitalisation temps plein, là où auparavant, ces adolescents attendaient une place en foyer pendant des mois. D'un autre côté, l'alliance adolescents a choisi de considérer comme prioritaires les demandes

de soins pour les jeunes placés et un binôme de l'équipe mobile participe à la réunion d'équipe de foyers d'hébergement de façon mensuelle pour un repérage précoce et une éventuelle orientation vers le soin des adolescents qui peuvent inquiéter les éducateurs.

Cet exemple montre la nécessité d'une part, d'une démarche prolongée dans le temps et d'autre part, d'un engagement clair sur une dynamique de partenariat.

Il montre aussi qu'en apprenant à travailler ensemble les lignes peuvent être bougées ; des conventions de partenariat peuvent soutenir les pratiques collaboratives au-delà des promoteurs qui les ont initiées.

Les partenariats sont envisagés dans tous les secteurs d'intervention auprès des patients que ce soit celui de l'hébergement ou de l'accompagnement médicosocial, de la scolarité, de la formation et du travail, de la justice...

Certains partenariats sont organisés au sein du GHT Alpes Dauphiné et participent au projet médical du groupement hospitalier.

Les propositions de travail ont été avancées, elles sont à mettre en perspective avec le projet du service social de l'établissement.

Avec les services socio-éducatifs

- Se présenter réciproquement les dispositifs de soins et les dispositifs sociaux et médico-sociaux, les pratiques, les modes d'accès... grâce à l'organisation de journées portes ouvertes et de formations communes.
- Accompagner les projets des partenaires en faveur de l'hébergement social, éducatif, ou médico-social pour les patients enfants et adultes.
- Participer à des projets communs avec le secteur social pour développer des actions de prévention secondaire et tertiaire à tous les âges (par exemple la maison des adolescents à Grenoble ou l'espace Motpassant à La Côte-Saint-André).

- Pour les enfants, encourager la sollicitation pour des informations préoccupantes en cas de suspicion de maltraitance (dans les cas où la maltraitance est avérée et le danger actuel est grave, une hospitalisation immédiate peut être réalisée dans les services de l'hôpital couple enfant).

Avec les établissements et services médico-sociaux

- Face à l'absence de médecins sur les postes dans le médico-social, envisager des temps médicaux partagés par des mises à disposition (ceci constitue une ressource qui peut être proposée à des médecins en situation d'épuisement ou après retour d'un arrêt maladie).
- Développer les pratiques avancées.
- Organiser la télé consultation.
- Consulter in situ comme par exemple à l'établissement le PERRON à Saint-Marcellin.
- Participer au dispositif RAPT (Réponse Accompagnée Pour Tous) avec les services de la Maison Départementale de l'Autonomie.
- Proposer des temps de formation partagée avec les établissements médico-sociaux sur les recommandations de bonnes pratiques et référentiels de la HAS.

Avec les acteurs de la cité, des villes et des métropoles

- Développer et renforcer les liens avec les acteurs dans la cité notamment en participant aux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et à ses groupes de travail. Par exemple, les médecins responsables des pôles Grenoble Grésivaudan et Voironnais sont vice-présidentes des CLSM de la ville de Grenoble et du Pays Voironnais.
- Consolider les liens avec différentes associations sur les territoires qui sont tissés pour participer au bien-être et la prise en charge globale du patient,

par exemple avec des associations sportives (actuellement avec prescribouge et remed-rugby), avec des ateliers de peinture, avec le conservatoire, avec les Maisons des Jeunes et de la Culture (MJC).

Avec l'ensemble des acteurs

- Travailler en multi disciplinaire et multi institution sur les situations complètes, repérer les missions de chacun et expliciter les logiques de coordination pour évoluer vers une véritable coopération.
- Organiser des formations pour les partenaires du réseau social et médico-social en fonction des thématiques partagées. Chez l'enfant, organiser des formations sur les troubles soins psychiques mais aussi sur les besoins fondamentaux de l'enfant, afin d'avoir un corpus théorique commun qui facilite le travail collaboratif.

Avec les associations d'usagers et de pairs-aidants

Développer les liens avec les associations d'usagers et les associations de pairs-aidants : par exemple par la participation croisée aux instances de pôles et à celles des associations.

L'établissement réaffirme son partenariat actif avec l'association VELHP (Vivre Ensemble Le Handicap Psychique), UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades handicapées psychiques), Entretien (accueil de stagiaires pairs-aidants, interventions dans les unités d'hospitalisation, ateliers d'entraide mensuels...), AFIPH (Association Familiale de l'Isère pour Personnes Handicapées), Sésame Autisme, Envol Isère Autisme, d'autres sont en réflexion.

Avec l'éducation nationale

Développer des projets avec l'éducation nationale pour améliorer la scolarisation des enfants et des adolescents porteurs de troubles psychiques (par exemple, développement d'autres Unité Localisée d'Inclusion Scolaire (ULIS) thérapeutiques où une équipe du secteur de pédopsychiatrie intervient avec convention).

Avec la justice

- Développer la collaboration avec la justice sur les interfaces santé justice : injonction de soins, soins aux mineurs, signalement au procureur en cas de mineurs en danger, mesures de protection, soins sans consentement, gestion de la violence, expertises...
- Améliorer le parcours de soins des détenus à leur sortie avec les différents interlocuteurs. Il existe actuellement des réunions de maillage santé justice social tant sur le versant adulte que sur le versant adolescents.

Avec les établissements sanitaires notamment dans le cadre du GHT

- Améliorer la collaboration sur le parcours des patients avec le secteur psychiatrique de liaison du CHUGA et la clinique du Dauphiné (par exemple dossier faisant doublon).
- Poursuivre la psychiatrie de liaison dans les hôpitaux périphériques.
- Pouvoir adresser des patients au CHUGA ou CH de Voiron (ou clinique mutualiste pour la douleur) pour des consultations, examens spécialisés et sismothérapie dans des délais adaptés.
- Poursuivre les réunions de concertation avec les psychiatres du CHUGA sur des cas complexes.
- Promouvoir la recherche en collaboration entre les hôpitaux.

7. LA LISIBILITE : AMELIORER LA LISIBILITE DE L' OFFRE DE SOINS

Ce thème de travail comprend deux dimensions :

- **une dimension de lisibilité interne à l'établissement** : les professionnels sont nombreux à souhaiter avoir une meilleure connaissance des pratiques et des organisations au sein de leur propre pôle et au sein de l'établissement en général ;
- **une dimension de lisibilité externe pour les partenaires et les usagers** qui sont nombreux à souhaiter une meilleure information sur les structures de soins et en particulier les indications, les portes d'entrée, les modalités des parcours et les coopérations.

Rendre plus lisible l'organisation des pôles

Le point de vue des équipes :

Les équipes constatent une insuffisance des supports d'information et surtout la diminution des espaces d'échanges collaboratifs sur les projets et sur les pratiques, la nécessité de restaurer une culture de la coopération. Nombreux sont ceux qui regrettent de ne pas connaître suffisamment les structures partenaires pour informer et/ou conseiller les patients. Les professionnels insistent sur la différence entre lisibilité et uniformisation :

*« La lisibilité des parcours de soins est indispensable mais nous devons rester vigilant à ne pas uniformiser le parcours de soins pour le rendre plus lisible. La diversité des lieux de soins, des fonctionnements reflète aussi la créativité nécessaire au travail en psychiatrie face aux pathologies chroniques ou d'évolution lente. » **

Autant de points d'amélioration mis en avant dans le projet médical d'établissement.

L'organisation des pôles a une double visée :

- le développement de la coopération et de l'intelligence collective au sein du pôle et au sein de l'établissement ;
- le développement de l'autonomie, de la réactivité et de la créativité au sein des équipes de terrain pour s'adapter au contexte territorial et aux besoins de chaque patient.

Pour cela :

Les pôles doivent donner une lisibilité interne et externe de leur fonctionnement et de leur organisation au travers de l'annuaire des dispositifs (avec projet de service succinct et composition des équipes de chaque structure), au travers des règles de travail ou d'un règlement intérieur de pôle...

Les pôles doivent aussi permettre des échanges sur les pratiques au travers de rencontres entre les dispositifs et/ou par métier, au travers d'assemblées générales au moins annuelles, au travers de temps d'échanges sur les projets et sur les pratiques (forum infirmier, groupe de pairs pour les médecins, collège des psychologues sont par exemple des lieux investis, qui mériteraient d'être développés).

Les pôles doivent éviter les acronymes qui sont difficiles à mémoriser au profit d'une nomination des dispositifs qui soit compréhensible et qui les représente.

Lisibilité de la palette des dispositifs de soins

Il convient de définir pour chaque type de structure de soins (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles...) et dans chaque territoire, les indications, les modalités d'entrée et de sortie, le public accueilli, l'organisation des soins... et les modalités de relais d'une structure à une autre.

L'objectif est de veiller à **n'exclure personne des soins** nécessaires en précisant les indications et contre-indications (si une contre-

02

indication est établie, indiquer quelle autre structure pourra recevoir le patient) ;

Le site Internet sera la clé de voute **d'actions de communication** menées avec les professionnels, les représentants des usagers, les pairs-aidants sur les chartes de fonctionnement des structures pour chacun

des dispositifs de soins, sur les métiers et les parcours.

Les journées portes ouvertes, la diffusion de plaquettes seront encouragées notamment pour expliciter le travail en lien avec les partenaires professionnels, les associations d'usagers, les collectivités (CLSM, CCAS...).

✦ L' ORGANISATION HOSPITALIERE DES PARCOURS



Nuage de mots de la deuxième partie du projet médical (tout le texte du chapitre a été entré dans un logiciel qui fait apparaître les mots selon l'ordre décroissant de fréquence : pour le projet versant de l'hospitalisation, ce sont les termes d'unité, de pôle, de soins, de patients, de parcours, de spécificité, de projet mais aussi somatique, et troubles... qui reviennent le plus souvent).

Le CHAI garde sa vocation sanitaire et la prise en charge hospitalière se structure en unités d'hospitalisation prenant en charge toutes les pathologies rencontrées en psychiatrie générale, organisées par territoire géographique correspondant à un pôle et par unités à fonction transversale.

Le parcours hospitalier s'articule actuellement au travers d'unités dédiées à la prise en charge des sujets adultes, à partir de 18 ans généralement (mais de 16 ans si nécessaire⁵) et à celle dédiée aux adolescents, entre 12 et 18 ans.

Le CHAI dispose de :

- **dix unités polaires** où l'admission s'effectue selon des critères géographiques correspondant au secteur d'intervention de chaque pôle ; chaque unité d'hospitalisation polaire travaille avec les différents CMP de son pôle ;
- **six unités à fonction transversale**, inter polaire :
 - Admission pour évaluations cliniques (APEX) ;
 - Unité Psychoses Résistantes Actives (UPRA) ;
 - Unité Psychiatrie Sujet Âgé (UPSA) ;
 - Unité d'hospitalisation pour les troubles du spectre de l'autisme ;
 - Unité d'hospitalisation Tony Lainé pour les adolescents ;
 - Unité G. Grodeck pour les addictions ;

Les orientations générales du projet médical comprennent six thèmes. Ces axes de travail seront ensuite déclinés pour chaque pôle notamment au travers des projets de pôle.

⁵ **Le décret n°86/602 du 14 mars 1986** relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique institue :

- les secteurs de psychiatrie générale répondant aux besoins de la population âgée de plus de 16 ans,
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents correspondant à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale

Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent

Préambule :

« La population considérée a jusqu'à 18 ans, l'âge légal de la majorité paraissant une référence acceptable. Toutefois, des organisations locales et concertées permettent de tenir compte de situations particulières, par exemple, aux urgences pédiatriques ou pour le suivi de pathologies chroniques très spécifiques, lorsque, après avoir entendu l'adolescent, une concertation médicale rend préférable un suivi en service d'adultes.

*Concernant la psychiatrie, le décret du 14 mars 1986 (relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique) ne fait état que d'une seule limite d'âge de prise en charge en fixant à 16 ans la limite d'âge inférieur applicable pour la prise en charge des patients par les secteurs de psychiatrie générale. L'offre de soins psychiatriques doit pouvoir utiliser cette souplesse offerte par les textes, **afin d'organiser au mieux la réponse aux besoins de santé mentale des adolescents, partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile**. Cette souplesse doit également permettre d'adapter l'intervention de la psychiatrie à l'organisation adoptée en pédiatrie.*

Les enfants et adolescents ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, par un médecin spécialiste de l'enfant et du personnel paramédical ayant expérience et savoir-faire dans l'accueil et la prise en charge des enfants. »

1. ASSURER UNE HOSPITALISATION DE QUALITE DANS LE PARCOURS DU PATIENT

Maintenir la capacité actuelle des unités d'hospitalisation prenant en charge toutes les pathologies rencontrées en psychiatrie générale

La capacité actuelle des unités d'hospitalisation est de 305 lits d'hospitalisation complète.

À partir de l'année 2017, la capacité des lits du CHAI s'est révélée insuffisante pour répondre à toutes les demandes de prise en charge ; le ratio de nombre de lits par nombre d'habitant⁶ = 3.8 lits pour 10 000 habitants ne correspondant plus aux nécessités du territoire.

Le virage ambulatoire a entraîné la fermeture d'une unité dans le Pôle Voironnais et le redéploiement des ressources pour permettre l'ouverture d'un hôpital de jour. La réorganisation du pôle TSA vers une prise en charge ambulatoire a également conduit au maintien d'une seule unité d'hospitalisation complète sur trois.

Les vacances de postes médicaux et les difficultés de recrutement ont motivé la fermeture d'une unité dans le Pôle Grenoble Grésivaudan et de 11 lits dans le Pôle Drac Trièves Vercors.

De ce fait, les orientations préconisées ne sont pas toujours respectées et la tension sur les lits a été source de nombreuses difficultés dans la

gestion des urgences et d'une dégradation des conditions de travail, avec un impact important sur la qualité de vie du personnel soignant et plus généralement de l'institution.

Le maintien de la capacité des unités pour la durée du projet d'établissement est devenu un objectif indispensable.

CAPACITE ACTUELLE DES UNITES D'HOSPITALISATION ET ORGANISATION

Elle est déclinée selon les différents pôles.

Le **Pôle Drac Trièves (PDTV)** dispose de **quatre unités d'hospitalisation**, trois qui accueillent principalement les demandes provenant du territoire géographique correspondant au pôle **et une à fonction transversale**, intersectorielle.

Le **Pôle Grenoble Grésivaudan (PGG)** dispose de **quatre unités d'hospitalisation** qui accueillent principalement les demandes provenant du territoire géographique correspondant au pôle, **aucune à fonction transversale**, intersectorielle.

Le **Pôle Voironnais (PV)** dispose de **quatre unités d'hospitalisation**, trois qui accueillent les demandes provenant principalement du territoire géographique correspondant au pôle **et une à fonction transversale**, intersectorielle.

Le **Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile (PIJ)** dispose d'**une unité** d'hospitalisation pour les adolescents, à **fonction transversale**, intersectorielle.

⁶ Le nombre de lits HC rapportés à 1 000 habitants :

Bassin de population desservi par le CHAI	794 053
Nombre de lits installés au 01.01.2019 (source : tableau provenant du pôle patientèle)	305
Nombre de lits pour 1 000 habitants	0.38
Nombre de lits pour 10 000 habitants	3.8

Le **Pôle Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)** dispose d'**une unité** d'hospitalisation à **fonction transversale**, intersectorielle.

Le **Pôle Liaison Urgences Spécificités (PLUS)** dispose de **deux unités à fonction transversale**, intersectorielle.

Dans chacun des trois pôles de psychiatrie générale adultes, une réunion de gestion des lits a été mise en place afin de réaffecter les patients selon les différentes pathologies et de répondre d'une manière efficace à toute demande d'admission.

Consolidation, perspectives

L'**ouverture** au 1^{er} avril 2019 **d'une unité transversale** dédiée à la prise en charge du sujet âgé permet d'augmenter la capacité d'hospitalisation (prévision de 25 lits progressivement).

En outre, le déménagement prévu de deux unités du PDTV, actuellement hébergées dans des anciens locaux permettra de ré-ouvrir 11 lits et de l'harmoniser à celui des autres pôles, en facilitant aussi une meilleure mise en place du projet de soins personnalisé, dans le respect de la dignité de la personne.

Cependant, l'augmentation de la capacité d'hospitalisation, actuellement diminuée en raison des effectifs médicaux réduits, ne sera possible que par le renforcement de l'équipe médicale.

Poursuivre les actions portant sur la qualité des soins

La prise en charge hospitalière s'articule autour du parcours du patient. L'activité des unités est fondée sur la mise en place d'un projet de soins personnalisé par chaque patient, d'un accompagnement tout au long du séjour et d'une préparation à la sortie avec tous les professionnels engagés (CMP, familles, associations, médiateurs pairs, secteur social, handicap...).

Les médecins du PGG ont proposé une charte des bonnes pratiques en psychiatrie générale (*annexe projet médical n°31*).

La **politique d'ouverture des portes des unités**, actuellement encore toutes fermées à l'exception de l'unité G. Grodeck du PLUS, a été adoptée par les professionnels et validée par l'institution. La mise en place est prévue à partir du 1^{er} avril 2019 avec l'ouverture progressive d'une unité par pôle.

Le fonctionnement en unité ouverte sous-entend de réfléchir aux mouvements internes au pôle et au sein de toute l'institution. Il est porteur d'un changement de culture et de davantage de clarté dans l'organisation interne de chaque unité (*formalisation des modalités d'interventions pluri professionnelles et prises en charge proposées au patient, développement des activités au sein des unités, valorisation des compétences des professionnels*).

Consolidation, perspectives

- La politique d'ouverture des unités se poursuivra à partir du début 2019 pour évoluer vers **une seule unité fermée par pôle**. Elle sera accompagnée d'une réflexion autour de la prise en charge de populations spécifiques, adolescents et personnes âgées, qui demandent des adaptations particulières en raison de leur vulnérabilité propre.
- **Améliorer la procédure de sortie**, moment clé du parcours de soins, en développant une fonction de coordination infirmière, avec un protocole pour s'assurer que toutes les conditions sont favorables au bon déroulement d'une sortie d'hospitalisation et à la prévention d'une ré-hospitalisation précoce. Ceci répond aux demandes des familles également. Pour beaucoup de patients, il s'agit d'aller vérifier notamment les conditions de vie, logement, argent pour se nourrir, récupération des papiers, rendez-vous au CMP, information et échange avec la famille et avec l'organisme de tutelle...

- **Définir l'effectif** (infirmiers et aides-soignants) minimal pour une unité de 25 lits au niveau de l'institution.
- **Réfléchir à l'apport des éducateurs** et des travailleurs sociaux au sein des équipes soignantes.
- **Développer les activités thérapeutiques avec des médiations et les activités occupationnelles** pour les patients hospitalisés avec des intervenants extérieurs et la participation des équipes soignantes.
- **Promouvoir l'hygiène des patients**, l'aptitude à prendre soin de soi en renforçant ce rôle propre chez les infirmiers.
- Engager une réflexion au niveau de l'institution sur **l'accompagnement des familles de patients hospitalisés** et définir des règles de bonnes pratiques.
- **Développer les interventions de toute personne extérieure contribuant à la qualité des soins** : les pairs-aidants, les traducteurs, les équipes d'aumôneries, les associations d'usagers et de familles...
- **Promouvoir la qualité et la sécurité des soins** de façon formalisée avec les déclarations des événements Indésirables, Évaluation des Pratiques Professionnelles, Revues Morbi Mortalité, qualité de la prise en charge médicamenteuse, Isolement et contention... ainsi que la participation au CLIN, CLUD, SECURIMED, CMDMS... et aussi travail clinique lors des temps de synthèses, de travail partenarial, de partages d'expériences.
- **Promouvoir le respect des droits des patients** au travers de la formation continue, et actualiser les protocoles dans les unités.

2. DEVELOPPER LES PARCOURS SPECIFIQUES POUR TROUBLES DEBUTANTS, COMORBIDITES, SITUATIONS COMPLEXES, CRISE SUICIDAIRE, PSYCHOSE CHRONIQUE EN PERTE PROGRESSIVE D' AUTONOMIE

L'organisation des unités d'hospitalisation est laissée à l'appréciation des pôles.

Une organisation par parcours spécifique a été structurée au sein du PGG et du PDTV. Le PV maintient sa vocation polyvalente sans orientation spécifique, l'objectif déclaré étant de développer une pluri compétence partagée par tous les professionnels des unités intra hospitalières.

Le PDTV dispose de trois unités organisées par parcours spécifiques, selon les orientations suivantes :

Deux unités de soins intensifs qui se caractérisent par la prise en charge de la pathologie psychiatrique aiguë :

- **unité 104** : prise en charge des troubles débutants ;
- **unité Fodéré** : prise en charge des comorbidités.

Unité Charmeil à vocation communautaire et réhabilitation de patients en attente de structures médico-sociales.

Le PGG dispose pour sa part de quatre unités organisées par parcours spécifiques, selon les orientations suivantes :

Unité Camille Claudel : orientation de comorbidités (*somatique, addictologie...*) et prise en charge globale en interdisciplinarité selon des approches somatique, psychologique, sociale... ;

Unité Henri Matisse : orientation de troubles psychiatriques débutants (*troubles schizophréniques, troubles bipolaires, troubles des conduites alimentaires...*) ;

Unité Jacques Prévert : orientation pour les crises suicidaires et troubles de l'humeur ;

Unité Arthur Rimbaud : orientation de patients stabilisés en attente de structures médico-sociales.

Enfin le PV dispose de trois unités organisées pour la prise en charge de toute pathologie psychiatrique sans orientation spécifique :

Unité Edith Cavell : vocation polyvalente ;

Unité Debussy : vocation polyvalente ;

Unité Berlioz : vocation polyvalente.

Aucun parcours spécifique n'est organisé pour la prise en charge des personnes détenues qui nécessitent une hospitalisation complète en soins sans consentement (Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011), ce qui est une activité propre à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Lyon. Cependant, en l'absence d'un accès rapide aux soins dans cette structure, ils bénéficient d'une prise en charge dans les unités compatibles avec leur statut (unités fermées), en fonction de leur pathologie et en

dehors des espaces d'isolement selon leur état psychique.

Consolidation, perspectives

Les pôles gardent toute latitude pour définir le caractère spécifique ou polyvalent de leurs unités d'hospitalisation, ce qui devra être précisé et lisible.

La sectorisation des lits sera maintenue dans l'établissement au sein des trois pôles territoriaux de psychiatrie générale.

Afin de mieux articuler le flux des patients qui nécessitent d'une hospitalisation complète au sein du CHAI et de garder les spécificités des unités, une réflexion autour d'une organisation centralisée des admissions pourra aboutir à la mise en place d'un gestionnaire des lits unique pour toute la structure hospitalière.

3. CONSOLIDER LES UNITES SPECIFIQUES A FONCTIONS TRANSVERSALES

Le CHAI dispose de six unités à fonction transversale et intersectorielle, qui permettent la mise en place d'un parcours spécifique pour des populations qui nécessitent une prise en charge spécialisée.

Il s'agit des unités suivantes :

- **Unité Psychoses Résistantes Actives (UPRA)** : unité intersectorielle du PDTV organisée pour l'évaluation clinique des psychoses résistantes, qui se caractérise pour la prise en charge de cas complexes et psychoses chroniques ;
- **Unité Tony Lainé** : unité intersectorielle du PIJ spécifique pour la prise en charge des troubles aigus à l'adolescence ;
- **Unité Psychiatrie Sujet Âgé (UPSA)** : unité intersectorielle du PV organisée pour la prise en charge de la psychiatrie aiguë du sujet âgé et des psychoses vieillissantes ;

- **Unité Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)** ;
- **APEX accueil psychiatrique évaluations cliniques** : unité intersectorielle du PLUS pour la prise en charge spécifique de la post urgence ;
- **Georg Groddeck** unité intersectorielle du PLUS organisée pour la prise en charge spécifique en addictologie.

Leur organisation est fondée sur la spécificité de la prise en charge et sur le développement des échanges et de la collaboration avec toutes les structures, les dispositifs, internes et externes au CHAI, intervenant dans le parcours du patient.

Une autre unité est référencée comme structure transversale intra-hospitalière : l'AFT, Accueil Familial Thérapeutique, décrit ci-dessous.

L'AFT du CHAI est un service de 18 places (incluant 2 places pour des mineurs) : il s'agit de lits « externalisés » aux domiciles d'accueillants familiaux agréés et salariés du CHAI.

Chaque unité d'hospitalisation peut demander à disposer d'une place en AFT pour un patient stabilisé (ne présentant pas de contre-indication à ce dispositif) et qui nécessite encore un soutien quotidien ainsi qu'une évaluation de son autonomie psychique et sociale.

Les patients doivent être en soins libres (sur décision administrative) au moment de la mutation en service AFT ; ils restent suivis par leur équipe de soins habituelle.

L'équipe soignante va voir régulièrement le patient au domicile de l'accueillant familial.

L'équipe pluri-professionnelle AFT (psychiatre, psychologue, assistante sociale, cadre, secrétaire) encadre et forme les accueillants familiaux (visites à domicile, groupe de parole, journée annuelle de formation, octroi et renouvelle leurs agréments (par délégation du Conseil Général de l'Isère et de la direction du CHAI). Elle organise les admissions et les bilans de séjour en AFT avec co-construction du projet de soins et de l'orientation future du patient.

Les séjours sont de plusieurs mois avec un maximum de deux ans (dérogations possibles avec prolongation de séjour pour les patients en attente d'une admission en structure médico-sociale ou d'une solution d'hébergement).

Les patients sont reçus en consultation mensuelle au CHAI par leur psychiatre et peuvent continuer à bénéficier d'une prise en

charge « en externe » à l'Unité de Médiations Thérapeutiques et de Sociothérapie (UMTS).

L'AFT du CHAI participe au réseau national en tant que membre du GREPFA-France (Groupement de Recherche Européen en Placement Familial) : celui-ci organise un congrès tous les deux ans, et elle collabore également avec le service départemental d'AFS (Accueil Familial Social) : ce partenariat vise à faciliter le parcours des patients.

Consolidation, perspectives

L'objectif est de maintenir les spécificités et la transversalité de ces unités, de **consolider leur activité** en partenariat avec toutes les autres unités des différents pôles et tous les intervenants extérieurs tout au long du parcours du patient.

Les unités transversales présenteront leur **bilan d'activité** à la CME de façon annuelle afin de veiller à leur complémentarité avec les unités sectorielles.

Le développement des parcours spécifiques pourra évoluer vers la création d'une **unité pour les jeunes d'âge compris entre 16 et 25 ans**, en raison de la spécificité de la pathologie, de leur vulnérabilité et de l'indication à limiter la cohabitation avec la population adulte. Ce projet sera la tête de proue du travail collaboratif entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale, permettant la mutualisation et transmission des compétences et des savoirs.

4. PROMOUVOIR LES SOINS SOMATIQUES POUR LA POPULATION PRISE EN CHARGE

La promotion des soins somatiques pour les patients atteints de pathologie psychiatrique est un enjeu majeur de santé publique, partagé par le CHAI. Les personnes souffrant de troubles psychiques doivent pouvoir bénéficier de la prévention, du dépistage et du suivi adapté à leurs problèmes somatiques. L'admission en hospitalisation complète constitue souvent une occasion pour qu'un bilan soit réalisé, un diagnostic soit établi et pour qu'un début de suivi soit mis en place.

Une collaboration étroite est établie entre les unités d'hospitalisation et le service des spécialités pour la prise en charge somatique des patients, avec une organisation qui s'articule autour de :

- bilan systématique d'entrée ;
- consultations régulières du médecin généraliste au sein de l'unité ;
- recours au plateau technique des spécialités (*kinésithérapie, dentiste, gynécologue, radiologie, ORL,*

neurologue, EEG, diététicien, dermatologue).

Ce service intervient directement auprès des patients et auprès des équipes et participe aux réunions cliniques.

Les soins somatiques au sein du CHAI s'articulent aussi autour de la prévention et du dépistage des troubles métaboliques, nutritionnels et intestinaux.

Le CLAN, Comité de Liaison Alimentation Nutrition, a une fonction support en élaborant des protocoles de prises en charge, en organisant des rencontres avec des soignants référents et en travaillant avec l'équipe de restauration (*annexe projet médical n°21*).

La lutte contre les infections nosocomiales est assurée avec le CLIN (comité de liaison de lutte contre les infections nosocomiales).

Régulièrement des séances d'EPP abordent ces questions, par exemple, récemment : « **articulation entre soins somatiques et psychiatriques au moment de l'admission et du retour à domicile** ».

Consolidation, perspectives

La promotion des soins somatiques au sein de l'établissement s'articule autour de différents aspects.

La compétence des équipes hospitalières doit être valorisée et augmentée à travers l'organisation de **formations spécifiques en soins somatiques** pour le personnel soignant. Au sein des unités de soins, un **infirmier coordonnateur du parcours des soins somatiques** pourrait être identifié. Son rôle serait à la fois d'accompagner les patients dans les différentes démarches (*RDV, consultations spécialisées*) et d'améliorer le partage d'information et de la prise en charge avec les intervenants extérieurs (*médecins généralistes, maisons de santé infirmiers libéraux*) (*annexe projet médical n° 28*).

Un meilleur **partage de l'information** sera réalisé avec les médecins généralistes pour préparer la sortie d'hospitalisation (*volet*

somatique dans le compte rendu hospitalier, guide de suivi somatique des patients sous psychotropes).

L'objectif est de faciliter l'accès à des consultations spécialisées dans un plus bref délai en collaboration avec les structures hospitalières du GHT (short track, plages privilégiées, agendas partagés sur internet), ainsi que l'augmentation de l'offre de consultations spécialisées - **cardiologue, endocrinologue** - au sein du CHAI.

Il est aussi de promouvoir une prise en charge somatique plus intensive pour **les patients hospitalisés, qui sont adressés aux urgences du CHUGA** pour une prise en charge somatique (syndrome occlusif, septicémie par exemple) en développant les coopérations et formations communes.

Une réflexion sera engagée pour la création d'une maison de santé somatique sur le site du centre hospitalier de Saint-Égrève, en faveur des patients hospitalisés, des patients suivis en ambulatoire (qui n'auraient pas accès à un médecin généraliste en raison de plusieurs facteurs (absences de médecins généralistes dans le secteur, contraintes financières, troubles psychiques limitant l'adhésion soins...)) ainsi que des habitants de la commune (ce qui contribuerait à lutter contre la stigmatisation des patients souffrant de maladie mentale).

Il conviendra de renforcer la pratique du sport pendant l'hospitalisation, encadrée par un kinésithérapeute et un éducateur sportif ; rôle important pour la prévention et la prise en charge des troubles métaboliques, nutritionnels et intestinaux.

Un soutien sera apporté au développement du réseau bucco-dentaire. En effet, positionné sur le site du CHAI, ce réseau contribue à une meilleure prise en charge, notamment de la douleur surtout chez les patients porteurs d'un déficit de communication.

La promotion de l'éducation thérapeutique du patient, en lien avec les partenaires extérieurs est envisagée.

Une réflexion sur la continuité des soins somatiques sera développée eut égard à la perspective de soins somatiques le samedi pour l'hospitalisation complète.

De même l'accès à des soins somatiques, ou au moins un bilan de santé pour les patients soignés en hôpital de jour améliorerait la prise en charge dans sa globalité (annexe projet médical n° 20).

5. DIMINUER LE RECOURS AUX SOINS SANS CONSENTEMENT AVEC UNE ATTENTION PARTICULIERE AUX PROCEDURES POUR PERIL IMMINENT

Le pourcentage des patients en Soins Sans Consentement (SDT, SDTU, SDRE et SPI) a été de 39,3 % pour l'année 2018⁷.

Ces modalités d'hospitalisation sont en constante augmentation, ce qui a un impact important au niveau de l'institution, du personnel, des patients et de leurs familles.

Comme l'ensemble des établissements psychiatriques français, le CHAI est confronté à un nombre important de soins sans consentement.

Pour l'année 2018, cela concerne 877 patients, chaque patient a pu connaître plusieurs types d'hospitalisation sous contrainte au cours de son séjour⁸.

⁷ Hospitalisations HC sans consentement en 2018 :

	Total HC	SSC	% SSC
File active	2 232	877	39.3 %
Nombre de séjours	3 380	1216	35.9 %

⁸ Ci-contre la répartition par mode de placement en SSC. Attention, ne pas faire la somme des files active ou des séjours pour avoir le total, le chiffre de 877 est la file active des SSC dédoublonnée : un patient hospitalisé sous différents modes d'hospitalisation en SSC n'est comptabilisé qu'une seule fois.

Code MP	File active	Nb de séjours
SDE (détenus)	6	6
SDR	222	329
SDT	379	473
SDU	111	148
SNL (non-lieu)	7	21
SPI	198	250

30 passages devant le juge des libertés ont conduit un arrêt de la mesure de contrainte, mesures qui restent comptabilisées malgré leur interruption.

- Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SDT) : 379
- Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers, en Urgence (SDTU) : 111
- Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent sans tiers (SPI) : 198
- Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SDRE) : 222
- Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État pour détenus : 6
- Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsable (SNL) : 7

Conformément aux recommandations du Comité national de la psychiatrie, le CHAI s'engage dans une démarche de réduction de recours à ce mode d'hospitalisation dans un objectif de :

- mieux préserver les droits fondamentaux des individus (liberté d'aller et venir) ;
- faciliter l'adhésion aux soins, l'autonomie des patients et réduire les risques de violence ;
- faire reculer la stigmatisation sociale des personnes atteintes de troubles psychiques.

À cette fin, le projet médical souhaite promouvoir, à travers l'ensemble des dispositifs de soins, la prévention des épisodes de crise et le suivi de proximité.

Cette démarche se fera en collaboration avec l'ensemble des partenaires, institutionnels, associatifs ou libéraux en s'appuyant sur une meilleure coordination des prises en charge, la diffusion des bonnes pratiques ainsi que la formation et l'information sur la santé mentale.

Consolidation, perspectives

Les médecins psychiatres qui travaillent au sein des unités d'hospitalisation de l'établissement sont rarement à l'origine des hospitalisations sous contrainte mais ils peuvent œuvrer à la formation et à l'information des confrères pour l'évaluation des situations qui le nécessitent. Une fiche technique sur les indications des hospitalisations sous contrainte pourrait être élaborée et diffusée.

La participation à la formation continue des médecins généralistes et l'animation des réunions cliniques ou des temps de formation avec les médecins des urgences permettrait à la fois une meilleure connaissance des démarches et des implications liées à la mise en place d'une mesure de soins sans consentement et d'établir des liens et un partage d'information autour de ces modalités d'hospitalisation qui restent des mesures de privation de liberté de la personne.

6. VEILLER A UN MOINDRE RECOURS A L' ISOLEMENT ET LA CONTENTION DANS LE RESPECT DES RECOMMANDATIONS HAS

L'isolement et la contention sont des mesures dont le caractère d'exception en tant que « *pratiques de dernier recours* », en situation de « *dommage immédiat ou imminent pour la patient ou autrui* » est précisé par la loi.

L'objectif partagé par toutes les équipes et l'institution, qui agissent dans le respect de la dignité de la personne, est celui d'un moindre recours à ces mesures, porteuses de risques, qui peuvent avoir des conséquences négatives tant sur le plan psychique que sur le plan physique pour les patients et pour le personnel. La réflexion autour de ce sujet porte sur une **approche globale**, pluri professionnel, et **systémique**, dans le sens des liens entre l'individu et l'environnement, ainsi que sur le développement de différentes stratégies, à la fois de la prévention dans tous ses aspects et de la recherche d'alternatives. Elle s'enrichit de la dynamique impulsée par la **politique d'ouverture des unités**, de respect des libertés individuelles ainsi que par le **partenariat avec les familles, les patients ressources et les associations des usagers**.

Consolidation, perspectives

Établir de façon institutionnelle que les chambres d'isolement ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits sur l'établissement.

L'objectif d'un moindre recours à l'isolement et à la contention pourra être atteint par la mise en œuvre de différentes mesures, parmi lesquelles **l'ouverture progressive des unités et l'achèvement du plan de reconstruction** des unités d'hospitalisation, prévu dans le plan directeur, ce qui permet des conditions plus favorables de prise en charge des patients, plus respectueuses de leur dignité ;

Le maintien d'un effectif adéquat au sein des équipes, leur sensibilisation à travers un travail en groupe (*analyse des pratiques, groupe de*

réflexion clinique autour de la gestion de la crise), le travail multidisciplinaire, la mise en place d'un projet de soins personnalisé permettent de créer les conditions pour un meilleur accueil et prise en charge des patients ; ils contribuent à favoriser la cohésion entre le personnel soignant et à créer un climat favorable au soin au sein des unités.

Le renforcement des activités thérapeutiques au sein des unités, l'ouverture au personnel non soignant (*éducateurs, enseignants en Activité Physique Adapté*).

Le développement de la présence des pairs-aidants au sein des unités a été identifié comme un élément important pour éviter la mise en place de mesures contraignantes.

Les formations en groupe pluri-professionnel spécifiques, orientées à la prévention et à la gestion de la violence (*techniques de désamorçage*) ainsi qu'à la recherche d'alternatives à l'isolement et à la contention sont à prévoir dans le plan de formation annuel et doivent être mise à disposition des tous nouveaux arrivants. La participation à des journées de formation, à l'Évaluation de Pratiques Professionnelles (EPP) ainsi qu'aux réunions de morbidité et mortalité RMM sera encouragée.

La gestion des admissions visera à éviter l'indisponibilité des lits d'aval pour les patients en isolement, en contribuant à diminuer la durée des mesures.

Le développement des alternatives à l'isolement et à la contention comprend des interventions au niveau architectural qui permettent de créer un environnement plus favorable (*espaces d'apaisement et lieux de repos, salles Snoezelen, accès à la balnéothérapie*).

Annexes

projet médical

Contributions des professionnels du CHAI

1. Contribution au projet d'établissement – CMP Lantéri-Laura, janvier 2019
Présentation de l'impact sur le travail en CMP des retards ou empêchements à accéder à l'hospitalisation temps plein
2. Centre d'Accueil et de Crise en extrahospitalier à Grenoble à l'instar du CAC Ginette Amado Paris 6 (hôpital Sainte-Anne)
3. Contribution d'une psychomotricienne sur la prise en charge précoce chez les tous petits grâce à des interventions en PMI
4. Projet d'expérimentation de la prise en charge précoce des bébés à risque autistique
5. Point de vue d'un professionnel travaillant en CMP (urgence, ruralité, médecins généralistes)
6. Projet d'unité mobile d'accueil thérapeutique à temps plein à destination d'enfants et adolescents suivis en soins ambulatoires sur le secteur et confrontés à une situation de crise
7. Proposition d'organisation et de mise en œuvre de l'ETP et des programmes d'ETP pour les patients porteurs de « schizophrénie » (scz) ou de « troubles bipolaires »
8. Projet de consultations transculturelles
9. Projet de consultations de psychopathologie du travail
10. Thérapie cognitivo-comportementale et mindfulness dans le cadre des prises en charges intensives ambulatoires
11. Maintien du lien en CMP pendant la période des soins à l'hôpital de jour, notamment pour les familles
12. Consolidation des CMP
13. Proposition de créer un « référent unique de parcours »
14. Propositions d'un psychologue de soutenir les liens pendant le parcours de soins
15. Exemple de projet CMP et vie locale : le journal des patients au CMP de La Mure
16. Diversifier les pratiques pour lutter contre l'épuisement professionnel
17. Projet pour traiter les situations complexes des patients porteurs de TSA et prévenir les hospitalisations inadéquates
18. Visibilité et accessibilité : le travail effectué par l'EMISS SUD
19. Témoignage d'une équipe réseau sur son activité concernant l'accès aux soins, le soutien aux partenaires, la limitation des hospitalisations inadéquates
20. Soins somatiques le samedi matin pour les patients hospitalisés
21. Consolider le soin nutritionnel
22. Quelques propositions d'un médecin somaticien du CHAI
23. Plusieurs contributions dans le projet de développer un carnet d'adresses des structures du CHAI et des partenaires
24. Aménagement en intra hospitalier pour diminuer la violence
25. Développement des espaces d'apaisement et d'activités occupationnelles
26. Des contributions sur le soutien aux aidants et sur l'accompagnement des familles
27. Hôpitaux de jour en pédopsychiatrie : proposition d'organiser des réponses à la crise
28. Améliorer la santé physique
29. Projet sur la santé physique des personnes atteintes de TSA
30. Trois interventions à propos des équipes mobiles
31. Charte de bonnes pratiques en psychiatrie générale proposée par le PGG

1. Contribution au projet d'établissement – CMP Lanteri-Laura, janvier 2019

« L'équipe du CMP Lanteri Laura nourrit aujourd'hui une réflexion autour des pratiques et des difficultés rencontrées en CMP ; nous souhaitons contribuer à l'élaboration du projet d'établissement en partageant les constats actuels. Cette phase de constat, par la compréhension qu'elle apporte, nous permet de mieux penser les mises en œuvre concrètes du projet d'établissement.

Nécessité de réfléchir à nos pratiques du fait de difficultés à faire hospitaliser les patients avec des hospitalisations sous contrainte plus fréquentes du fait de la détérioration des situations avec le temps et des séjours plus courts à l'hôpital avec un état psychique moins stabilisé à la sortie de l'hôpital.

Il est de plus en plus difficile d'obtenir une hospitalisation pour un patient y compris pour les patients en programme de soins. Les patients sortent aussi de l'hôpital avec un état psychique moins stabilisé qu'auparavant. Cela rend nécessaire le renforcement du suivi ambulatoire, dans la mesure du possible, à deux moments : en attente d'une potentielle hospitalisation et/ou au moment de la sortie. Cela peut aussi conduire à des ré-hospitalisations précoces ce qui vient renforcer les difficultés rencontrées au moment de la gestion des lits.

Hospitalisations de plus en plus courtes.

Utilisation excessive des contraintes de soins pour permettre/faciliter les sorties de l'intra. Temps plus long passé à gérer des situations de crise ou d'urgence ce qui mobilise fortement les équipes avec moins de temps à accorder aux autres patients. Détérioration des relations interpersonnelles entre professionnels de santé du fait de la pression constante.

Les équipes soignantes sont de plus en plus fréquemment occupées à gérer des situations de crise, ce qui leur laisse moins de temps pour s'occuper des autres patients, plus stables à un moment T mais qui ont aussi besoin d'une certaine attention pour ne pas, eux aussi, se retrouver en situation de crise.

Le sentiment de gérer des situations de crise de manière quotidienne amène les équipes soignantes à se sentir sous pression. Cette pression augmente et peut entraîner des

tensions relationnelles de plus en plus grandes, notamment entre les soignants d'équipe différentes, à propos de la gestion des hospitalisations. Ceci a tendance à majorer les dysfonctionnements existants ainsi que le stress de chaque soignant.

Répercussion sur les familles qui sont plus sollicitées dans les situations de crise.

Les familles sont plus souvent mises à contribution dans les situations de décompensation soit pour être présentes dans le quotidien soit pour être à l'origine de l'organisation de l'hospitalisation du fait des difficultés rencontrées pour faire hospitaliser un patient à partir du CMP.

Question du lien thérapeutique lorsqu'un patient parvient à demander une hospitalisation sans possibilité d'y répondre.

Il n'est plus possible de répondre rapidement à la demande d'hospitalisation d'un patient alors que, bien souvent, c'est le travail effectué avec lui qui a permis de faire émerger cette demande avant que la décompensation psychique ne soit totale ce qui permettrait une prise en charge précoce et un séjour hospitalier court

Le programme de soins perd aussi de son sens puisqu'en raison d'un état des lits à flux tendu, il n'est plus possible de ré-hospitaliser rapidement les patients en cas de non-respect du programme de soins (non-venue aux rendez-vous infirmiers et/ou médicaux, non-venue pour la réalisation d'un pilulier ou de l'injection).

Cercle vicieux de l'absence de prévention en amont des crises qui conduit à des hospitalisations sous contrainte plus fréquentes et des files actives constituées de programmes de soins plus fréquentes avec ensuite de nouvelles difficultés à gérer la situation de crise du fait d'une ré-hospitalisation impossible ou compliquée.

La saturation des CMP génère un fonctionnement en vase clos. Le manque de médecins mais aussi d'autres fonctions (infirmière, assistante sociale ou secrétaire) ne permet plus de prendre de nouvelles demandes

de l'extérieur (restriction aux passations d'autres CMP ou aux sortants d'hospitalisation) ce qui ne permet plus d'effectuer un travail de prévention. Les situations nouvelles signalées par les différents partenaires ne peuvent pas

être traitées de manière efficace avec pour conséquence l'aggravation des situations cliniques (hospitalisations/programme de soins) par absence de prise en charge en amont des crises. »

2. Centre d'Accueil et de Crise en extrahospitalier à Grenoble

« Il s'agit d'une alternative à l'hospitalisation complète en intra hospitalier, proposant un accueil partiel ou à temps complet, dans une structure ouverte 24h/24 et 7j/7.

Une équipe pluridisciplinaire accueille les personnes en crise psychiatrique (soins libres) dont les troubles sont compatibles avec une unité ouverte (sans chambre d'isolement ni entraves), sur 8 lits d'hospitalisation complète et 10 places en accueil partiel.

Les accueils (modalités, durée) sont directement adaptés à la clinique présentée par les patients, et réévalués très régulièrement par l'équipe, afin de proposer des orientations rapidement (CMP, secteur libéral, hospitalisation complète en intra...) et limiter ainsi les durées moyennes d'hospitalisation.

Le fait que cette unité se situe hors CH, permet aux personnes d'être soignées au plus près de leur lieu de vie, comme la psychiatrie de secteur

l'avait institué dans les années 60, et de lutter ainsi contre l'hospitalocentrisme, et amorcer un réel virage ambulatoire.

Travaillant très étroitement en lien avec les CMP, les équipes mobiles, les services d'urgence, les services de secours (pompiers, forces de l'ordre), le CAC est un lieu repéré par les patients et la société, ce qui permet d'apporter une réponse à la crise presque immédiate, sans couper la personne de son milieu de vie.

La taille de la structure permet une organisation logistique relativement légère. Néanmoins, ce type d'unité nécessite une équipe étoffée. Mais cet investissement en moyens humains permettrait de faire diminuer le nombre d'hospitalisations complètes en intra.

Une visite du CAC de Paris (6^e) sur le secteur 3 du Pr Marcel serait tout à fait envisageable. »

3. Contribution d'une psychomotricienne sur la prise en charge précoce des tout-petits grâce à des interventions en PMI

« Psychomotricienne en CMP, je souhaite que les missions de prévention de notre établissement soient mieux développées et officialisées. Une incidence évidente de l'observation et de la prise en charge très précoce du développement du tout petit, sur les demandes de consultations en CMP n'est pour moi plus à prouver. Une expérience de plusieurs années de partenariat avec la PMI vient confirmer ce constat, mais me laisse encore trop souvent avec la frustration de ne pouvoir voir plus d'enfants pour permettre au plus grand nombre d'éviter un parcours de soins quelques années plus tard. La prévention est efficace et son impact est rapide. Le travail en partenariat des CMP enfants et des acteurs de la petite enfance sur le bassin Grenoblois me

semble indispensable. Je joins un document rédigé en ce sens dans le cadre du partage d'expériences du groupe Mowgli.

PROJET DE PREVENTION DES TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT : LA PLACE DE L'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE DANS LES CONSULTATIONS DE PMI, Développé dans le cadre du groupe MOWGLI. Compte-rendu d'une expérience sur le bassin d'Allevard. A Jacquier-Roux

Psychomotricienne depuis 30 ans, d'abord au CHU de Grenoble puis au CHAI de Saint-Égrève, formée au bilan sensorimoteur d'André Bullinger, qui explore en détails les processus de développement du tout petit, j'ai toujours été

sensible à la population des nourrissons, persuadée qu'une observation et une intervention précoce auprès des enfants dits « fragiles » était indispensable. Pendant plus d'une dizaine d'années, travaillant dans un service intra hospitalier, je suis intervenue sur les services de pédiatrie et de néonatalogie. J'ai plus tard exercé ma profession en CMP et Hôpital de Jour pour enfants présentant un TSA. Quel que soit mon lieu de travail, je suis toujours revenue à ce constat, plus le soin en psychomotricité se met en place tôt, plus on aide l'enfant. Le développement du nourrisson est psychomoteur avant tout. Depuis 3 ans, **l'équipe de PMI de Saint-Pierre-d'Allevard** a souhaité m'intégrer au sein de sa consultation pour combler ce que le médecin et la puéricultrice ressentaient comme un manque. En effet, le regard de la psychomotricienne sur le développement de l'enfant faisait défaut et nombre d'enfants posaient question à ces professionnelles (développement lent, mouvements « bloqués », relation difficile, tonus inadapté...) sans vraiment savoir comment aborder ces problématiques. Pourquoi est-ce si important d'assurer un bon développement des deux premières années de vie de l'enfant ? Le premier développement de l'enfant part de son corps. C'est par son corps qu'il va agir sur son environnement pour mieux le comprendre. Il faut savoir que le bébé nouveau-né possède ce que l'on nomme des mouvements généraux qui sont la possibilité de mouvoir ses membres dans toutes les directions (dont le croisement de l'axe), sans intention particulière. Ces mouvements existent in utero et restent présents jusqu'aux 3 mois du bébé, pour être ensuite remplacés par des mouvements appelés volontaires, donc intentionnels et orientés. Il est important d'observer ces mouvements généraux chez le tout petit car ils conditionnent la suite du développement. Si ces mouvements ne sont pas observés, il faut aider le nourrisson, en le positionnant, en aménageant son espace, à les installer. Cette observation des mouvements généraux nécessite un regard professionnel et aguerri. Résumer le développement de l'enfant c'est relier l'information sensorielle à l'acte et l'exploration. Une information sensorielle (odeur, bruit, toucher, lumière...) alerte un bébé qui va diriger son regard vers cette source pour

l'identifier. Va alors intervenir la main dans le trio « œil-main-bouche ». Selon la possibilité tonique et motrice de l'enfant, il approchera sa main de la source pour agir sur elle. Il l'apportera à la bouche dans un premier temps pour l'explorer. Ce scénario se produit très rapidement au début de la vie du bébé. Ce dernier n'a pas les moyens de se déplacer vers une source mais si cette-dernière se situe dans son espace proche (à portée de main), il va vite installer cette exploration. Si elle se situe trop loin, il va au moins tourner son regard vers elle, puis, avec l'amélioration de son potentiel moteur et tonique, il tentera un déplacement (roulé-boulé, ramper...). Et ainsi démarreront les déplacements et l'augmentation de son espace d'action et de sa découverte de l'environnement. Si cette progression se déroule bien, l'enfant va vivre son corps avec sécurité, comme un allié dans son développement. Dans le cas contraire, si l'enfant est empêché dans cette progression, la source sensorielle ne pourra être identifiée et deviendra « agressive » et stressante. Le corps, non mobile ne sera pas investi dans le développement. On observera soit des réactions d'hypertonie en réaction au stimulus stressant, cette hypertonie participant elle-même à empêcher le mouvement, soit un abandon hypotonique, parfois avec repli pour se détacher de ces stimuli que l'enfant ne peut situer ni comprendre. L'enfant se développe alors souvent de façon disharmonieuse.

Le cadre de l'intervention de la psychomotricienne en PMI Dans le cadre de cette consultation, les parents et l'enfant ont la possibilité de venir un peu en avance ou rester après la visite médicale, pour passer un temps avec moi sur le tapis. Au sol, nous observons le bébé, ses possibilités et ses limites. Face aux limites ou plutôt aux difficultés observées chez un bébé, il n'y a jamais de discours dramatique de ma part. J'essaie, avec les parents de proposer à cet enfant des positionnements plus favorables à sa motricité et à son exploration de son environnement. J'explique, je montre, je mime, j'invite les parents à découvrir les positions par eux-mêmes. En aménageant l'espace de cet enfant, souvent avec peu de choses, on voit l'enfant s'ouvrir vers de nouvelles possibilités. Les parents ne vivent pas

ce temps de rencontre comme un dictat sur leur prise en charge de leur bébé. Ce temps est soumis à leur volonté, je suis à leur disposition. Quelques parents mettront deux ou trois séances pour apporter réellement leurs questions et rester un peu plus avec moi, d'autres arrivent dès la première fois avec une demande. La puéricultrice leur ayant parlé de ma présence au préalable.

À contrario, certains bébés présentent un développement tout à fait harmonieux, mais leurs parents restent inquiétés (il ne tient pas encore assis, il tombe...). Leur inquiétude va générer des stimulations inutiles et provoquer des mobilisations toniques inadaptées quand l'enfant n'est pas prêt. De là, on retrouvera un vécu corporel insécurisé. Depuis que j'assiste à ces consultations, ces mêmes parents se permettent de me questionner sur ce qui les inquiète et mon regard professionnel et rassurant sur leur enfant leur permet de respecter le rythme de développement de ce dernier.

La prévention et le CMP : *La prévention fait partie intégrante des missions des professionnels des CMP enfants. Le constat est fait, dans notre clinique, que les enfants nous arrivent souvent trop tard au regard des informations que la famille nous apporte sur leur premier développement. Notre travail sera alors de reparcourir ce premier développement pour réexpérimenter les étapes écartées. Ce travail sera long car il se confrontera aux résistances déjà installées d'un enfant construit sur des modalités de défense. Rencontrer au plus tôt les enfants dans leur développement, c'est écourter de façon importante la durée d'intervention d'un professionnel, voire l'éviter. Intervenir au sein des consultations de PMI, c'est étayer les parents dans le développement classique de leur enfant, c'est aussi repérer rapidement des problématiques et orienter plus tôt vers un soin d'autant moins long que le problème n'est pas enkysté.*

Vignettes cliniques : *N. a 6 ans et est suivi depuis 3 ans au CMP et depuis 1 an au CATTP. C'est un enfant très mal construit, avec des troubles psychomoteurs importants. Le bilan psychomoteur pointe une motricité spontanée*

très désorganisée, un enfant « encombré » de son corps, une agitation, un corps subi plutôt que ressenti, un vécu sensoriel souvent angoissant. Sur un plan fonctionnel, N. reste très malhabile, en retard. S'il peut suivre sa scolarité sur un plan intellectuel, il a des difficultés de graphisme importantes et des troubles praxiques. Sur un plan affectif et relationnel, N. est extrêmement angoissé, il s'effondre au moindre changement, il est en grande difficulté dans ses relations. N. est né à terme. In utéro, il était en siège décomplété. Il y a eu une légère souffrance néonatale (Apgar 8 puis 10) et des doutes sur une anomalie cérébrale lors de la dernière échographie (dilatation ventriculaire, septum lucidum petit, corps calleux invisible). Ces doutes n'ont pas été confirmés par la suite. N. est décrit par ses parents comme un enfant qui criait et pleurait souvent. Parallèlement, on parle, de blocage, de torticolis.

N. a tenu assis à 13/14 mois avec l'aide d'une prise en charge kinésithérapique. Il a « appris » à marcher toujours avec le kiné à 20 mois. Dans son développement, on note également à l'époque une hypersensibilité aux bruits et des colères qualifiées de crises. Au tout départ de la prise en charge psychomotrice au CMP, énormément de schèmes moteurs manquaient à son expérience. Les croisements de l'axe corporel étaient totalement impossibles. Il se présentait comme s'il avait deux hémicorps non reliés. Il montrait une tonicité importante. Après trois ans de prise en charge, les premiers mouvements spontanés de croisement de l'axe apparaissent seulement. Les deux hémicorps vont enfin pouvoir travailler de manière complémentaire et permettre une plus grande fluidité des mouvements. Mais N. s'est construit dans un corps non sécurisant, il reste inquiet par toute information sensorielle et doit intellectualiser tout acte ou ressenti pour l'accepter. L'angoisse est son environnement. Que s'est-il certainement passé ? En siège décomplété, l'enfant est très souvent limité déjà in utéro dans ses mouvements et la tête est souvent coincée. À la naissance, cet enfant se trouve soumis au monde environnant et ses stimulations sensorielles. Il ne peut tourner la tête, situer ni intervenir sur ces sources d'informations qui deviennent stressantes. Il se

tend, crie, pleure. Il n'arrive à se mouvoir. Sa maman, de nature extrêmement inquiète selon ses propres dires, s'oriente, sur les conseils du médecin de famille, vers un kiné qui va « apprendre » à N. des positions. Le papa de N. a lui-même des soucis de santé psychique et Madame, très anxieuse, projette sur son fils les troubles de son père. L'environnement de cet enfant devient de plus en plus chargé d'angoisses, les unes liées à son insécurité corporelle interne et les autres aux projections de son environnement affectif. Il éponge tout cela. Pendant ce temps, son corps n'est toujours pas un lieu de sérénité, un appui pour son développement, loin de là. Il se construit sur un mode pathologique et consulte ensuite au CMP. Dans le cas de N., l'intérêt de la prévention est évident. **Un bébé, observé dès les premiers mois dans les difficultés citées plus haut, n'aurait pas eu ce parcours alourdi de toutes les conséquences affectives qu'il a engendré.**

Citons par exemple le cas de J. et E., deux petites jumelles rencontrées en PMI à 1 mois de vie. Lorsque nous les rencontrons, ces deux jumelles présentent elle aussi un blocage de la nuque, toutes les deux du même côté, ce qui les empêche, lorsqu'elles sont au sol, de se voir mutuellement. Bien évidemment, cela leur interdit également toute orientation du regard vers les sources sensorielles, et gêne leurs mouvements spontanés. Au final, elles présentent un tableau similaire à celui de N. à sa naissance. Mais leur histoire ne prendra pas la même direction que celle de N. Hormis que l'environnement affectif de ces deux petites filles n'est pas le même que celui de N., le fait de les avoir accompagnées dès la naissance va

leur permettre d'être actrices, à leur mesure, sur leur environnement sensoriel et de ce fait, non le subir mais le découvrir et s'en saisir. Le médecin de PMI indique l'intervention d'un ostéopathe pour lever le blocage mécanique, puis, nous pouvons explorer avec les parents, en consultation, les positionnements de leurs fillettes qui vont soutenir leurs possibilités d'exploration. C'est parfois peu de choses, un bassin très légèrement surélevé d'un côté pour favoriser un début d'enroulement latéral, ou l'installation dans un coussin d'enroulement pour soulager des points de tension et relâcher le bassin...qui vont suffire à soutenir le développement du bébé au stade où il en est. C'est si peu à faire mais si lourd de conséquence lorsque ce n'est pas fait ! Aujourd'hui, J. et E. ont 6 mois, elles sont mobiles et montre un bon développement. Projet : En permettant aux psychomotriciens de CMP de participer avec une régularité d'au moins une **demi-journée par mois**, au mieux par quinzaine, aux consultations PMI, l'impact de cet acte préventif sur le développement de l'enfant et, par conséquence, sur la file active des demandes de soins en psychomotricité et parfois dans d'autres disciplines, en CMP devrait être important. Le rapport entre le temps offert à la prévention et la longueur d'un soin trop tardivement mis en place est évidemment en faveur de ce premier. Le psychomotricien est par définition le professionnel du premier développement de l'enfant, à une période où tout passe par le corps. Ce partenariat existe déjà dans différentes régions de notre territoire et porte ses fruits. Il semble important de le généraliser. A. Jacquier-Roux, psychomotricienne CMP de Pontcharra. »

4. Prise en charge précoce des bébés à risques autistique

« Je serais intéressée pour développer dans des CMP pour enfants l'expérience menée à l'hôpital Valvert à Marseille. Ci-joint l'article qui décrit l'expérimentation (Hospimedia 21 03 19).

En matière de prise en charge des troubles du spectre autistique, l'intervention intensive précoce a prouvé son efficacité. À l'hôpital Valvert de Marseille, cet accompagnement démarre dès les premiers mois, avant la pose du diagnostic permettant à certains bébés de trouver les chemins de la communication et de ne pas basculer dans l'autisme.

Établissement public de santé mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône), l'hôpital Valvert a ouvert, en 1999, une unité mobile départementale de l'autisme (UMDA) destinée aux enfants de 0 à 18 mois. Au sein de ce service, une unité mobile de dépistage et de prévention précoce des bébés à risque autistique a ouvert ses portes en mars 2018, dans le cadre d'une expérimentation de deux ans financée par l'ARS Provence Alpes-Côte d'Azur. Un an plus tard, l'heure est au bilan. La pédopsychiatre, Gaëlle Broder, a pris la tête de l'UMDA en 2011 avec l'envie d'accompagner les bébés, comme elle avait pu le faire à l'hôpital Avicennes à Paris où elle travaillait auprès des enfants migrants. "Si on travaille tôt, il est possible d'inverser le processus développemental. Les travaux de Marie-Christine Laznik et ses actions au centre médico-psychologique Alfred-Binet à Paris ont démontré que cette approche très précoce était également pertinente pour l'autisme", explique Gaëlle Broder à Hospimedia. L'approche de Marie-Christine Laznik est jugée par d'aucun trop psychanalytique. Gaëlle Broder n'évade pas la question : "Nous sommes dans une approche intégrative, nous pensons que toutes les méthodes ont quelque chose à apporter et on essaie toujours, en accord avec les familles, de trouver la méthode la plus pertinente dans le moment choisi. Jusqu'à présent nous n'avons jamais eu de refus.

« Une équipe dédiée ». L'équipe composée des médecins de l'UDMA et d'un personnel dédié

(une cadre de santé, une psychologue clinicienne et deux psychomotriciennes) propose des interventions précoces aux enfants à risque autistique entre 0 et 18 mois à l'hôpital, dans certains services de protection maternelle et infantiles (PMI), voire in situ à domicile ou dans un lieu d'accueil de la petite enfance. "On s'adresse aux bébés qui ne répondent pas aux stimuli ou au nouveau-nés d'une fratrie où un enfant est déjà autiste car le risque de développer une forme d'autisme est alors majoré de 25%", précise Gaëlle Broder. "Nous sommes allées à la rencontre des PMI, des pédiatres, des orthophonistes pour les informer sur les signaux d'alertes et présenter notre action et nous avons signé une convention avec les crèches de la ville de Marseille", explique Coralie Gaubert-Verneau, cadre de santé. "On travaille aussi la socialisation et on apporte aussi des conseils aux équipes petite enfance qui accueillent les bébés que nous suivons", poursuit Sabine Houssein, psychomotricienne. "Les premiers enfants que nous avons accueillis avaient plus d'un an et un tableau d'autisme presque avéré, explique Jill Pettrignani, psychologue, maintenant on reçoit des enfants plus jeunes pour lesquels on est vraiment dans l'intervention précoce à un moment où la plasticité cérébrale est plus importante et où il est plus facile de modifier les modes de communication." La force de l'unité mobile de dépistage et de prévention précoce des bébés à risque autistique, c'est sa rapidité d'intervention. Après un adressage par un professionnel de santé, la famille est reçue en consultation en moins de 15 jours et si les premières explorations confirment le risque potentiel, la prise en charge est immédiate.

Une intervention intensive et précoce. L'équipe propose une intervention intensive, deux à trois fois par semaine, adaptée à chaque enfant qui vise à développer les relations parents-enfants et à permettre au bébé de s'adapter à son environnement et d'accéder à un développement psychomoteur et sensorimoteur qui lui permettra de trouver une réponse différente que le repli autistique. "Les premiers résultats sont encourageants. Nous

Intervenons avant la pause d'un diagnostic vers 18 mois – 2 ans. On observe que plus on agit tôt, plus l'intervention est efficace. Au-delà de 15 mois, il est très difficile d'inverser la tendance. Si on arrive à accompagner les enfants dès les premiers mois, les résultats peuvent être spectaculaires. Les bébés que nous avons suivis à l'âge de 9 – 10 mois évoluent encore bien", commente Gaëlle Broder, contente de pouvoir offrir aux familles à l'issue de la consultation autre chose que la confirmation d'un risque d'autisme potentiel. L'intervention n'est pas limitée dans le temps mais lorsque les bébés ont besoin d'un accompagnement au plus long cours, l'unité passe le relais aux autres acteurs sanitaires ou médico-sociaux du secteur. En 2018, l'unité a accompagné vingt bébés. Le dispositif est financé de façon expérimentale sur deux

années. "Comme nous avons besoin de trouver des professionnels pointus alors que nous avons fait le choix de basculer des professionnels expérimentés qui travaillent déjà au sein de l'UMDA et ont suivi des formations spécifiques avec le centre ressources autisme de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM). Et nous les avons remplacés sur leur poste par des contrats à durée déterminée", explique Laurence Milliat, directrice du CH Valvert. Elle précise également que, forte de son expérience et de sa connaissance fine du maillage sanitaire et de la petite enfance, l'unité mobile présentera, avec des partenaires, sa candidature comme plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce. Emmanuelle Deleplace ».

5. Point de vue d'un professionnel travaillant en CMP (urgence, ruralité, médecins généralistes)

Il serait préférable de pouvoir assurer un maximum de suivis et de consultations d'urgences en ambulatoire, afin d'éviter des hospitalisations et de les limiter.

(délais de rendez-vous augmentés, limitation des VADs, médecins généralistes déjà surchargés, pas de psychiatre libéral...), pouvant conduire à une hospitalisation.

Cependant le temps médical perdu n'est pas remplacé, et nous ne sommes plus en charge de prendre sur certains CMP les nouvelles demandes et de voir les urgences comme nous le souhaitons.

Il serait donc nécessaire de réorganiser les soins avec une priorité dans les zones rurales et d'envisager des rencontres avec les médecins généralistes pour discuter des rôles et possibilité de chacun +/- des formations communes ou synthèse sur certains patients (impossible à ce jour par manque de temps médical en libéral et sur les CMP).

Ce qui entraîne par conséquent, majoritairement dans les zones rurales, une aggravation des troubles chez les patients

6. Unité mobile d'accueil thérapeutique à temps plein (UMATTP) à destinations d'enfants et d'adolescents suivis en soins ambulatoires sur le secteur et confrontés à une situation de crise

Éric Theil, psychologue - Dr Sandrine Mouret (CATTP enfants-adolescents de Saint-Marcellin)

« L'accueil à temps complet serait assuré par le lieu d'accueil partenaire et renforcé, en journée, par l'intervention, sur site, de soignants de l'équipe mobile. »

Problématique :

*Crise : « Moment périlleux et décisif » Littré
Dans les services de psychiatrie adulte, la crise peut souvent être reliée à un moment de paroxysme de la maladie qui devient plus tyrannique, plus productive, plus douloureuse. Il est alors très logique que la réponse sanitaire s'organise autour d'un soin hospitalier qui permette, au moins le temps de la crise, de soulager, de contenir et de protéger.*

En ce qui concerne les enfants, il y a parfois aussi à prendre en compte une douleur psychique telle que la réponse hospitalière psychiatrique soit une nécessité.

Cependant, il arrive régulièrement que nous ayons affaire, dans les différents lieux de soins des services de pédopsychiatrie, à des enfants ou des adolescents dans des situations de crise dont on puisse faire une autre lecture clinique.

Ce que nous constatons, c'est que dans un certain nombre de cas, la crise est liée à un effet contextuel complexe, multifactoriel, dans lequel l'enfant ou l'adolescent se retrouve enfermé. Sa fragilité, son inexpérience ou une situation réellement complexe et verrouillée le conduisent invariablement dans la même impasse. C'est cette sensation d'impasse qui peut provoquer une angoisse massive (pouvant s'accompagner de troubles comportementaux de type crise clastique) et enclencher une crise ou une période de crise.

Dans cette perspective, nous envisageons donc clairement la ou les crises comme des événements réactionnels.

Nous constatons dans notre expérience que nous manquons parfois de temps pour donner du sens et de la valeur à la crise, cette dernière ne pouvant se déployer et se réguler sur le temps limité de la séance.

Il arrive également que les crises aient lieu en fin de séance ou que leur récurrence alerte sur l'état psychologique de l'enfant.

Nous n'arrivons alors pas à exploiter comme nous souhaiterions le faire, l'aspect décisif, potentiellement fécond pour l'enfant, de la crise.

Les crises sont, en effet, des moments très particuliers de la vie de l'enfant où nous pouvons disposer d'un matériel clinique qui reste inaccessible la plupart du temps.

Si nous parvenions à l'aider à s'exprimer sur sa situation, ses peurs, son angoisse, nous pourrions, peut-être, trouver avec lui des modalités de positionnement qui pourraient avoir la dimension décisive que la situation permet de mettre à jour.

Hypothèse de travail :

Dans cette perspective, nous pourrions penser un outil qui nous permette de disposer d'une temporalité moins limitée, plus ouverte.

Il s'agirait d'apporter une réponse qui soit moins en tension, moins réactive mais qui pourrait permettre au contraire d'ouvrir une perspective pour l'enfant en lui faisant entendre que nous donnons à cet événement, grave et douloureux pour lui, une dimension particulière et que nous allons prendre le temps de nous en occuper comme il se doit.

Et cet événement étant important, nous en faisons une priorité.

Il faudrait alors pouvoir, à très court terme, prendre des mesures thérapeutiques significatives.

Au jour d'aujourd'hui, cela n'est envisageable que dans des services d'hospitalisation à temps complet.

Or, ces structures sont actuellement très sollicitées et l'accès n'y est souvent possible que de façon programmée donc différée, ce qui, nous semble-t-il, vient limiter l'accueil de la crise dans ce qu'elle a de précieux et décisif.

Il nous a donc paru important de réfléchir dans le cadre de notre activité sectorielle, à un outil thérapeutique qui viendrait s'inscrire comme une alternative à l'hospitalisation, et qui répondrait en cela à la nécessaire mission de prévention s'inscrivant en amont des services hospitaliers.

Quel dispositif ?

Dans cette perspective, il faut pouvoir s'appuyer sur un dispositif mobilisable très rapidement, qui nous permette de poser un acte de soin signifiant et bienveillant face à un moment de crise.

Objectif général :

Assurer un soin dans des situations d'impasse ne relevant pas d'une indication d'admission en urgence dans une unité d'hospitalisation à temps complet, pour des enfants, déjà en soin sur le secteur, rencontrant un moment de crise défini comme réactionnel à un événement de leur environnement.

- *En tenant compte de la souffrance de l'enfant : Mobilisation d'un dispositif de soin léger, réactif, le moins anxiogène possible et bienveillant.*

- Dans un souci de prévention : Le recours à une prise en charge hospitalière à temps plein peut être évité par le biais de ce dispositif en amont.
- Dans le cadre d'un montage de partenariat entre l'hôpital et des lieux d'accueil traditionnellement dédiés au social, type MECS ou familles d'accueil spécialisées. Les deux institutions étant liées par une convention définissant le rôle et les engagements de chacun.
- Le dispositif serait mobilisable uniquement sur indication d'un médecin du secteur hospitalier : cet aspect est central. Bien que le projet soit partagé avec des partenaires, il s'agit bien d'un dispositif de soin. L'indication médicale est donc incontournable.
- L'accueil à temps complet serait assuré par le lieu d'accueil partenaire (Temps complet de disponibilité pour l'enfant) et renforcé, en journée, par l'intervention, sur site, de soignants de l'équipe mobile.
- Le temps de prise en charge dans le dispositif pourrait permettre une évaluation médicale, mais également une évaluation de la problématique psychosociale qui entoure l'enfant, amenant ainsi l'occasion d'un travail de coordination entre les différents intervenants du champ sanitaire, social et éducatif.

Ce projet s'inscrirait dans une dimension territoriale spécifique : Un tel projet, dans la continuité de la tradition des soins de psychiatrie communautaire, n'est envisageable que dans une logique de territoire.

Concernant la Structure Interne Nord, les interactions de travail déjà tissées, de fait, par les prises en charge communes, avec une association comme Beauregard, pourraient servir de support.

Nous savons qu'actuellement les autorités engagent les intervenants du social à nouer des liens de partenariat avec le secteur sanitaire.

Nous savons que leur expertise et leur accréditation leur permettent d'assurer un travail de qualité dans des situations complexes et de crise.

Dans ce cadre et sur un plan pratique, l'équipe soignante de l'équipe mobile, n'aurait pas à assurer une permanence de soin continue (nuit, week-end)

Une équipe mobile :

Dans un premier temps de mise en place et d'évaluation de la pertinence du dispositif, une équipe assez légère pourrait assurer 4 « lits », dédiés aux enfants pris en charge dans la SI Nord.

Elle serait constituée de :

- un responsable médical : 0,40 ETP ;
- un infirmier : 1 ETP ;
- un éducateur spécialisé : 1 ETP ;
- un psychologue : 0,20 ETP ;
- une assistante sociale : 0,20 ETP ;
- un cadre : 0,20 ETP

Seraient également à prévoir, - Des locaux (L'unité mobile pourrait être rattachée géographiquement à une unité existante, CMP ou CATTP) et un véhicule

Enfin, la mise en place d'un tel dispositif de soin nécessiterait de prévoir les modalités pratiques de fonctionnement (indications, durée de séjour, accueil de nuit, modalités de travail avec les familles des enfants, avec les équipes soignantes référentes...) et d'élaborer des protocoles de soin.

7. Proposition d'organisation et de mise en œuvre de l'ETP et des programmes d'ETP pour les patients porteurs de « schizophrénie » (scz) ou de « troubles bipolaires » dans le cadre du projet d'établissement du CHAI

Introduction

L'établissement de santé mentale de Saint-Égrève, avec le concours de son UTEP (unité d'éducation thérapeutique du patient) chargée de coordonner l'ETP au CHAI, se doit de proposer aux patients en capacité d'en bénéficier, ainsi qu'à leur famille, un projet ambitieux et dynamique visant à mobiliser les capacités d'autonomisation et de rétablissement dont chacun est a priori porteur. Dans un premier temps, l'objectif est d'accompagner chacune des personnes porteuses des pathologies de schizophrénie ou de troubles bipolaires dans sa capacité à développer ses propres compétences visant à améliorer sa qualité de vie avec la maladie.

Ce projet soutient l'idée princeps que tout patient porteur de l'une ou l'autre de ces maladies puisse se voir proposer, à un moment ou l'autre de son parcours de soins, de participer à un programme d'ETP sur la connaissance de la maladie puis de l'accompagner sur la voie du rétablissement.

Il ambitionne aussi de proposer une action précoce et concrète dans la prise en charge et l'accompagnement des troubles débutants.

Afin de renforcer « l'insight », la compréhension et l'acceptation des troubles par le patient, l'ETP est un des outils indispensables qui offre à chacun de l'aider et tente de l'accompagner à dépasser le stade du refus et du déni de la maladie.

Pour se développer de façon permanente au sein du CHAI, l'offre d'ETP doit reposer sur une volonté affirmée et soutenue par l'établissement, en cela qu'elle a démontré toute son efficacité pour les patients souffrant de troubles psychiques, qu'elle bénéficie du soutien actif des familles ainsi que des associations et des patients pairs-aidants.

Le projet d'ETP comporte une dimension qualitative (formation des animateurs, programmes autorisés par l'ARS, compétence des intervenants, partenariat élargi aux associations et aux pairs-aidants), une dimension quantitative (nombre de programmes dispensés par an sur chaque territoire, nombre de patients qui en

bénéficient), une dimension organisationnelle (lieu, équipe référente...).

A terme, chacun des Pôles de psychiatrie générale adulte devra être en mesure de définir, d'organiser puis d'évaluer sa propre offre d'ETP pour les patients porteurs de SCZ ou de troubles bipolaires pris en charge sur son territoire.

1/ Les programmes d'ETP du CHAI

En 2019, pour une période de 4 ans, le CHAI dispose de 2 programmes récemment renouvelés grâce au partenariat avec les responsables des Pôles de psychiatrie générale adulte et à la participation des animateurs de terrain.

Les deux programmes sont coordonnés par Mme le Docteur BOURDERY, médecin responsable du Pôle Grenoble Grésivaudan, que nous remercions pour son engagement et son soutien à l'UTEP.

L'un porte sur la connaissance de la SCZ et l'autre sur la connaissance des troubles bipolaires.

Ces programmes ont été pensés pour une utilisation en groupe mais peuvent aussi être utilisés en programme individuel.

Ils s'adressent à la fois à des patients chroniques ou porteurs de troubles débutants dans la mesure où ils sont en capacité d'élaborer sur le sujet de la maladie.

Le suivi ambulatoire par le CHAI est indispensable.

2/ La formation initiale des animateurs d'ETP au CHAI

En 2019, elle sera dispensée par un formateur spécialisé en psychiatrie, animateur de plusieurs groupes d'ETP et coordonnateur de plusieurs programmes d'ETP en psychiatrie.

Le nombre de personnes formées chaque année sera en adéquation avec les projets et les besoins de chacun des Pôles de psychiatrie générale adulte.

Au terme de la formation, les personnels formés seront à même de participer au déploiement de l'offre d'ETP sur le CHAI.

Aux côtés des professionnels, les patients ressource en santé mentale ainsi que les médiateurs de santé-pair reconnus par l'établissement pourront également bénéficier de la formation initiale d'animateur ETP organisée par la formation continue du CHAI.

3/ Organisation de l'ETP au CHAI

Elle reposera sur une offre et une organisation identiques dans chacun des pôles.

Elle sera définie dans les projets de Pôle et devra être connue de tous les professionnels et partenaires du CHAI.

Afin de faciliter le repérage et son déploiement, elle comportera un lieu de dispensation identifié, des personnels et des partenaires repérés et formés, une fréquence définie, une évaluation annuelle qualitative et quantitative. Elle reposera en priorité sur la dispensation des programmes autorisés par l'ARS et se poursuivra ensuite dans la créativité de l'accompagnement des parcours appropriés et des demandes et besoins des patients.

L'UTEP propose d'inscrire l'organisation de l'ETP dans un partenariat coordonné avec l'encadrement des Pôles (Médecin chef, Cadre sup, Cadre administratif),

- le projet de pôle définit l'offre et l'organisation de l'ETP
- définit un lieu « transversal » au sein du Pôle (plateau de santé, HDJ ou CMP),
- nomme une équipe référente : médecin, cadre de santé, infirmier, AS, psycho, tous se formeront à l'ETP
- Le profil de poste des personnels du lieu choisi mentionnera cette spécificité (formation, animation de groupe, partenariat pluri professionnel et pair-aidance...),
- Déployer les programmes autorisés par l'ARS,
- Assurer une régularité de dispensation du programme afin de pouvoir idéalement prendre en charge chaque semestre les personnes porteuses de troubles débutants,
- Inclure la possibilité de programme individuel,
- Une sensibilisation régulière aux bénéfices de l'ETP est proposée à l'ensemble de l'encadrement paramédical et médical des pôles par le

coordonnateur de l'UTEP au sein des réunions d'encadrement des Pôles,

- Un forum sur l'ETP est organisé régulièrement avec le partenariat de la formation continue

4/ Troubles débutants de la SCZ et des Troubles Bipolaires

Les patients nouvellement diagnostiqués SCZ ou troubles bipolaires seront susceptibles de bénéficier d'une prise en charge précoce.

Dès l'identification des troubles, et des premiers signes de stabilisation, ils auront l'opportunité de se voir prescrire un programme de sensibilisation initial à l'ETP.

Ce programme de sensibilisation sera mis en place par l'UTEP du CHAI. Il sera animé en partenariat avec les professionnels du terrain formés à l'ETP et les référents des pôles

Selon les possibilités, il comportera un programme de 6 séances, individuelles ou groupales.

Dans la mesure du possible, la famille et les proches seront aussi incluses dans cette axe de sensibilisation à l'ETP.

A la fin du programme de sensibilisation, le patient sera ensuite orienté vers l'équipe référente de l'ETP et le lieu défini sur le pôle concerné.

Cette équipe aura alors pour mission d'intégrer le patient dans le programme de connaissance et d'échange sur la maladie autorisée par l'ARS. NB/ Pour faciliter l'accès au programme sur l'ensemble du territoire, il convient le cas échéant de penser le transport comme partie intégrante du soin.

5/ Continuité de l'offre de soin en ETP

En partenariat avec l'UTEP et le service de formation continue, les pôles auront la responsabilité de veiller au maintien et à la continuité de l'offre de soins d'ETP au sein de leur territoire.

6/ Les partenaires et animateurs de l'ETP

La majorité des professionnels du CHAI est susceptible de participer à l'animation de l'ETP. En fonction de leur compétence, il convient également d'y associer des professionnels extérieurs au CHAI, ainsi que des membres d'associations ou des patients ressource en santé mentale.

La participation de pairs aidants conventionnés avec le CHAI est tout à fait recherchée dans le cadre du partage d'expérience et de leurs compétences.

Dans le cadre de la partie éducative de la prise de traitement, la participation de pharmacien compétent en psychiatrie est indispensable.

La mise en place d'un programme adapté sur la connaissance et la prise des traitements par les patients est tout à fait souhaitable.

Il doit pouvoir à la fois être dispensé en tant que programme spécifique ou intégré dans les autres programmes autorisés.

Cela nécessite bien évidemment l'engagement d'un pharmacien coordonnateur de ce programme sur le CHAI.

7/ Hygiène de vie et maintien en santé pour patients psychotiques

L'ensemble de la prise en charge qui consiste à améliorer l'hygiène de vie des patients psychotiques, telle que cela se pratique déjà dans de nombreux CMP, est susceptible de relever d'une démarche éducative et d'un programme d'ETP spécifique.

Plusieurs partenaires spécialisés dans différents domaines peuvent coordonner leurs actions pour accompagner les patients dans les disciplines du sport, de la diététique, de l'hygiène corporelle, du « prendre soin de soi », mais également dans la prise en charge du suivi de santé somatique, médecine générale ou des suivis spécialisés.

Un programme adapté pourrait faire l'objet d'un programme d'ETP, mené en pluri partenariat, hospitalier ou extérieur.

Un médecin du service des spécialités du CHAI pourrait coordonner ce type de programme.

8/ Comorbidité

Au-delà du maintien en santé et de la promotion de l'hygiène de vie, les patients souffrant de pathologie chronique associée à leurs troubles psychiques doivent pouvoir

également bénéficier d'un enseignement éducatif en lien avec cette maladie.

Un partenariat avec les professionnels de terrain spécialisés ainsi qu'avec les médecins généralistes des centres de santé qui pratiquent et animent des programmes d'ETP centrés sur ces maladies doit pouvoir être fortement encouragé et valorisé.

Concernant cette possibilité de partenariat au service des patients, un groupe d'ETP intitulé « psychose et diabète » débutera prochainement au centre de santé « la grande ramée » à Saint-Martin-d'Hères. C'est l'aboutissement d'un long travail d'approche et d'une co-animation par un des médecins psychiatre du CMP Dolto, un médecin généraliste et une diététicienne de la grande ramée, une infirmière libérale, deux infirmières du CHAI.

9/ Forum sur l'ETP

Il est fondamental d'envisager l'organisation et la programmation d'interventions de partenaires spécialisés en ETP, des temps et des lieux de création d'espaces de réflexion et de discussions.

La chapelle pourrait accueillir ce type de programme.

Le financement et la participation des personnels pourraient être organisés dans le cadre de la formation continue.

10/ L'UTEP, simple organe de coordination ou équipe opérationnelle ?

Afin de renforcer l'axe médical de la prise en charge en ETP, la coordination, la mise à jour et l'évaluation des programmes, un temps médical à hauteur de 20 % doit impérativement être attribué à l'UTEP.

De plus, dans le but de proposer une action concrète sur la prise en charge « précoce » des troubles débutants, avec possibilité d'intervenir concrètement sur le terrain, il serait également pertinent de réfléchir à l'attribution de temps effectifs d'intervention : psychologue, infirmier, assistante sociale, pair aidant, pharmacien".

8. Projet de consultation transculturelle

Dans le contexte de migration actuel, nous recevons de plus en plus des personnes et des familles venant d'horizons culturels différents. Or, l'expérience de la migration ou de l'exil, en coupant brutalement les personnes de leur monde d'origine, peut entraîner des bouleversements psychiques, familiaux et sociaux importants ;

Pour accompagner efficacement ces patients et leurs familles, il est primordial de prendre en compte leurs affiliations culturelles, leurs manières de penser et d'être au monde. En effet, la reconnaissance symbolique des représentations des patients contribue grandement à la construction d'une alliance thérapeutique

Répondre aux besoins des populations migrantes ou issues de l'immigration et notamment de ceux qui sont les plus en difficultés apparait comme un enjeu majeur dans nos missions de service public. Certaines situations sont dites « complexes » car elles touchent à différents champs du social et du soin qui s'imbriquent et se mêlent (clinique de l'exil, du trauma, situations de précarité) Toutes ces questions peuvent être transversales au sein de l'Hôpital et particulièrement sur la PIJ.

La prise en compte de la clinique transculturelle au sein de la PIJ pourrait trouver un intérêt sur plusieurs champs :

- *En périnatalité, dans l'accompagnement de la maternité en situation d'exil ou de migration*
- *Dans l'accompagnement des familles au sein des différentes unités (CMP, CATTP, HDJ)*
- *Auprès des adolescents et des MNA (Mineurs non accompagnés)*
- *Auprès de nos partenaires (ADATE, lieu de parentalité, lieux d'accueil et d'hébergement)*

La possibilité de créer des dispositifs particuliers (consultations transculturelles, groupes thérapeutiques) avec du personnel formé dans le champ de l'interculturel pourrait être un plus au sein de l'hôpital, d'autant que nous sommes plusieurs professionnels à avoir été financés dans le cadre de la formation continue ;

Nous pourrions également proposer un plan de « Coordination Santé Mentale Migrants » à l'exemple des projets développés par l'Hôpital le Vinatier à Lyon.

Caroline Dubruelh, infirmière CATTP MIKADO/CMP Villard-de-Lans

9. Projet de consultations de psychopathologie du travail

Public visé : *tout public du sud Isère, territoire desservi par le CHAI en ressource des CMP, UCAP, médecine de ville, médecin du travail ...*

Les besoins recensés :

- *à partir des urgences : accueil de personnes en décompensation liées au travail sans possibilité d'adresse adéquate*
- *à partir de CMP : difficultés pour recevoir dans des délais adaptés et produire les soins nécessaires + apporter les réponses techniques adaptées*
- *à partir de l'activité d'expertises réalisées par des praticiens : l'absence de parcours de soins coordonné pour une population en arrêt maladie*

Objectifs d'une consultation de psychopathologie du travail :

- *réaliser des consultations thérapeutiques permettant au patient de se resituer dans son histoire professionnelle et de trouver des points d'appui*
- *donner un avis sur l'état de santé et, si le patient est d'accord, partager cet avis avec son médecin généraliste, son médecin du travail, son éventuel psychiatre, le médecin-conseil*
- *participer à co-construire un parcours de soins, qui se coordonne efficacement avec les démarches administratives et sociale.*
- *un suivi court de quelques séances avec le psychologue peut être proposé.*

Moyens :

0,3 ETP médical

0,3 ETP de psychologue

Ces deux professionnels sont formés à la psychopathologie du travail (au diagnostic et à la prise en charge) ainsi qu'aux diverses approches concernant les risques psychosociaux.

Le projet est de développer des moyens à partir de ressources partenariales.

Durée : projet envisagé pour une période expérimentale d'un an.

Positionnement géographique :

Une implantation, comme pour d'autres hôpitaux, en service de pathologies du travail au CHU est en cours d'organisation. Elle permet une identité clinique et une synergie centrée sur le travail et non sur la pathologie mentale. Le

développement de cette consultation au CHU pourrait permettre à des professionnels de santé du CHAI de pouvoir y consulter de façon confidentielle.

Positionnement institutionnel :

Cette activité ne peut se réaliser en solitaire et doit pouvoir être intégrée à une équipe, référée à un pôle clinique...

Activités connexes :

Actions **de formation** et actions visant à développer un **réseau** pour évoluer vers un niveau de compétence collectif autour de ces problématiques dans le bassin.

Participation au projet de prévention des RPS au CHAI

Janvier 2019, Dr E. Gautier

10. Thérapie cognitivo-comportementale et mindfulness dans le cadre des prises en charge intensives ambulatoires

Actuellement interne en psychiatrie, il me semblerait important de proposer aux patients des prises en charge de Thérapie cognitivo-comportementale et mindfulness dans le cadre des prises en charge intensives ambulatoires.

En effet, la TCC a montré une efficacité dans la grande majorité des pathologies psychiatriques parfois encore plus importantes que les prises en charge médicamenteuses et dans une majorité des cas au moins équivalentes.

Le mindfulness a montré une efficacité importante dans la prévention de la rechute dépressive, dans la prise en charge du trouble anxieux et dans certains troubles de personnalité.

Ces techniques, malgré leur efficacité démontrée supérieure aux autres psychothérapies, sont peu accessibles pour les patients. Dans le public, ces techniques ne sont proposées que dans les centres de réhabilitation, centres-experts ou CHU pour certaines pathologies comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, le syndrome d'asperger et le trouble de personnalité borderline pour le C3R et dans la dépression résistante et le TOC au CHU. De ce fait, les patients ne remplissant pas les critères d'admission dans ces différentes structures ou ayant des pathologies ou

comorbidités (troubles anxieux, trouble de personnalité, ...) non prises en charge dans ces centres doivent se tourner vers le libéral avec des soins extrêmement coûteux : 350€ pour un cycle de mindfulness et environ 60€ la séance de TCC avec un nombre de séances compris entre 10 et 25 pour traiter un trouble. Ceci pose un problème d'accessibilité aux soins pour ces patients qui n'ont pas les moyens de se les payer du fait de l'impact social et professionnel de leur pathologie. Beaucoup d'hospitalisations en psychiatrie pourraient être évitées si les patients pouvaient avoir accès à ces techniques en ambulatoire. En effet, beaucoup de patients schizophrènes par exemple, présentent des comorbidités anxieuses importantes qui peuvent conduire à des hospitalisations malgré l'absence de décompensation psychotique. Dans le cadre des troubles de personnalité, les troubles anxieux sont également très présents avec une efficacité modérée de la médication. Il me semble donc important de pouvoir proposer à nos patients des prises en charge TCC dans les hôpitaux de jours ou CMP ainsi que des cycles de mindfulness en intra, par exemple en les intégrant en ergothérapie ainsi que dans les hôpitaux de jours.

Le coût ne serait pas forcément élevé :

- les praticiens de TCC sont des psychologues, psychiatres ou infirmiers ayant été formés en Diplôme Universitaire de TCC comme celui proposé à Lyon. La formation de quelques professionnels ou le recrutement de psychologues déjà formés permettrait de couvrir les besoins tout en apportant une diversité de psychothérapies au sein du CHAI.

- le mindfulness peut être pratiqué par n'importe quel professionnel ayant suivi un cycle lui-même et ayant fait un parcours de formation et encadrement de cycles auprès de professionnels déjà reconnu par l'ADM (association pour le développement du mindfulness).

Bastien Malaval Interne en psychiatrie Référent des Internes du CHAI"

11. Maintien du lien en CMP pendant la période des soins à l'hôpital de jour, notamment pour les familles

Ayant travaillé longtemps en CMP, puis, depuis 4 ans et demi en Hôpital de jour, je vois que les liens entre CMP prescripteurs, mais aussi dispositifs médicaux libéraux prescripteurs et l'hôpital de jour sont très peu développés après l'admission. Je trouve que des rencontres régulières entre professionnels mêmes informelles, pourraient être utiles, les synthèses étant rares et encombrées. Par ailleurs je trouve que **les familles** n'ont pas seulement besoin de temps très cadrés comme

la consultation thérapeutique, mais sont très encouragées et soutenues vis à vis de leur souffrance, et mieux accordées ou alliées si on les voit plus souvent dans un cadre léger comme l'était le contact de salle d'attente au CMP, lieu où l'écoute est très neutre et très chaleureuse tout à la fois, car le peu d'intimité laisse la place à un échange socialisé voire banalisé dans lequel on peut glisser des phrases de soutien ou de décalage très propices. Témoignage d'un professionnel paramédical.

12. Plusieurs contributions sur la consolidation des CMP

Si les lieux "transversaux" sont les CMP alors oui leur consolidation est indispensable.

Les missions d'un CMP sont larges, pour une population allant de 0 à 18 ans :

- Prévention ;
- Accueil de toutes les nouvelles demandes, observations, indications, orientation ;
- Suivi des patients et de leurs familles ;
- Maintien d'un suivi lorsque l'enfant est orienté en CATTP ;
- Reprise des suivis en sortie d'HDJ ;
- Travail avec les partenaires (santé scolaire, centres de santé, PMI, ASE...).

Et les moyens sur le terrain souvent bien loin de besoins réels.

L'embouteillage dans l'accès CMP laisse des situations s'aggraver malgré toutes les tentatives de priorisation, urgence... »

« La création de nouveaux services à moyen constant finit toujours par réduire les effectifs en CMP, or les missions d'un CMP ne changent pas.

Le manque médical est plus qu'inquiétant.

Les regroupements envisagés comme solution pour "étouffer" les équipes ne modifient pas le ratio population/nombre de soignants : si l'équipe "double" le secteur aussi et le nombre de patients, d'interlocuteurs, de partenaires également. Le travail n'en est pas forcément facilité et l'attente n'est pas réduite non plus.

Du temps infirmier et éducateur en CMP (pour les suivis, et non pour recevoir les premières demandes) permettrait de diversifier les propositions de soins en ambulatoire et de désengorger les listes d'attentes. »

"Promouvoir l'action généraliste des CMP enfants et adolescents qui sont extrêmement polyvalents à condition d'avoir des moyens humains me semble d'une grande logique managériale. Les listes d'attente ne font qu'augmenter dans ces lieux alors que les moyens humains diminuent, moyens humains redistribués pour nourrir des services transversaux qui sont eux-mêmes saturés.

La pénurie de médecins en particulier les psychiatres m'amène à avancer que ceux-ci pourraient couvrir une patientèle bien plus

large et nombreuse du territoire de leur CMP, s'ils étaient dotés des moyens humains qu'ils demandent à avoir en plus de ceux qu'ils ont déjà : psychologue, secrétaire, infirmier..."

« Etant donné la diminution de nos moyens, mais surtout, l'augmentation de la demande de soins en pédopsychiatrie, il me semblerait nécessaire de revoir à la baisse nos missions de

travail. Peut-on encore faire de la prévention lorsqu'on a à gérer des enfants en crises aiguës ? Je ne le crois pas. Mais il serait plus clair et plus confortable que cela soit spécifié dans le projet afin que nous soyons soutenus dans nos missions thérapeutiques, sans avoir la sensation de délaissier personnellement nos autres missions... »

13. Proposition de créer un « référent unique de parcours »

"Le développement d'unités spécifiques, soit A) en terme de compétences (autisme, addiction...) soit B) en terme de moyens disponibles et d'intensité de soin (hôpitaux de jour, CATTP, hospitalisation complète) est nécessaire pour atteindre A) un niveau d'expertise à la hauteur des connaissances actuelles et B) proposer des moyens adaptés à la gravité des symptômes.

Cependant, j'observe que sur le terrain, l'existence de ces unités spécifiques, qui viennent souvent en relais ou complément d'une unité plus "généraliste", crée des discontinuités de personnes et de projets. De manière inévitable et malgré des efforts de concertation, les services ont des visions différentes des problèmes, qu'il n'est pas toujours possible d'articuler. Sans parler d'éventuels effets de "concurrences" entre unités/professionnels.

Plus important encore, pour le patient, l'alliance et l'investissement des soins passent très souvent par une accroche relationnelle particulière, très souvent au cœur du processus même de guérison. Or, ces changements d'unités entraînent des changements de

personnes inévitables et souvent délétères à l'alliance et à l'adhésion au soin. Le référent, éventuellement choisi par le patient (un peu à la manière dont on désigne notre médecin traitant), qui sera l'interlocuteur privilégié du patient et tenu au courant de toutes les actions menées pour lui au sein du CHAI. Ce référent pourra être le médecin qui a reçu le patient en première demande, mais aussi tout autre professionnel selon la situation. Plus que la profession, il s'agit ici de garantir au patient **une continuité relationnelle durant tout son parcours de soins**. Il n'a pas besoin d'être omniprésent, mais fera des points réguliers (plus ou moins espacé selon la gravité de la pathologie) avec le patient et participera à la continuité et la mise en lien des différents services et unités qui accompagneront le patient.

Ce référent unique, qui sera très souvent issu d'un service plus généraliste, permettrait également de rétablir une vision "globale" de la problématique, là où le travers des unités spécifiques est d'aller dans le détail d'un seul aspect du problème. »

14. Proposition d'un psychologue, de soutenir les liens entre les unités du parcours de soins

"Je travaille comme psychologue à l'InterFAS dans la structure interne adolescents.

Dans la prise en charge des adolescents avec lesquels je travaille, je suis particulièrement sensible à la question de la temporalité psychique.

Dans l'hôpital, au sens large on évoque parfois un risque de déshumanisation. Celle-ci serait le produit d'une **déliation dans la prise en charge hospitalière entre l'organisation et ses**

objectifs généraux, et le parcours de vie, parcours singulier de chaque patient.

L'inscription d'un sujet dans une temporalité et une histoire est le fondement de son identité.

La nécessité de penser les parcours de soin dans ce sens a été souvent rappelée.

Comment les parcours de soin prennent-ils ou pas en compte l'histoire de chaque patient et de son entourage proche, son parcours de vie, les liens entre les différents temps, les différents moments et les différents lieux de soin ?

En tant que psychologues, nous pouvons soutenir, accompagner, coordonner ce nécessaire travail psychique permettant au sujet en souffrance de s'appuyer sur une histoire, et aux équipes de favoriser cette mise en lien du temps du soin avec les autres temps de la vie du patient.

Nous pouvons aussi soutenir les liens entre les différentes unités de soins afin que les prises en charge n'aboutissent pas à des ruptures ou des discontinuités aggravant les troubles psychiques de nos patients.

Alain Marin

15. Exemple de projet CMP et vie locale : le journal des patients au CMP de La Mure

Le journal des patients de La Mure : "ça, réalisé par les patients en lien avec deux infirmiers est aussi un bon support de communication du pôle. "Ce journal est fait par nous, les membres du comité de rédaction du groupe journal du

CMP (Centre Médico-Psychologique) de La Mure, pour faire découvrir les activités que nous faisons et couvrir les événements du plateau de la Mure et ses environs...Ainsi que tout ce que nous aimons partager"

16. Diversifier les pratiques pour lutter contre l'épuisement professionnel

"La clinique auprès des pathologies lourdes ou peu évolutives en pédopsychiatrie (TSA, TED) confronte les soignants à la violence, la chronicité des troubles, le sentiment d'impuissance, d'isolement.

Permettre aux soignants de structures type HDJ de pouvoir travailler une à deux demi-journées par semaine en CMP pour :

- diversifier les pratiques pour lutter contre l'épuisement professionnel que peuvent vivre les soignants à temps complet en HDJ ou CATTP

- Créer des liens entre les équipes, élargir les pratiques

- Etoffer les propositions de soins en CMP en amont et aval des CATTP et HDJ."

17. Projet pour traiter les situations complexes des patients porteurs de TSA et prévenir les hospitalisations inadéquates

Le traitement des situations complexes

Partant du constat de ces deux dernières années sur la multiplicité des situations complexes et/ou urgentes émanant du Médico-social vers le sanitaire,

Proposition d'une procédure pour la gestion de ces situations :

1 - Définition d'une situation complexe commune entre les différents acteurs concernés :

ARS / MDA (GOS) / Sanitaire / Médico-social.

2 - Identifier un professionnel sur le Pôle pour être l'interlocuteur identifié par l'extérieur :

Ses objectifs : réceptionner la situation pour l'orienter vers les réunions et/ou services concernés pour son traitement / rester l'interlocuteur du cheminement de la situation / coordonner les différents acteurs / tracer les actions, les délais.

Comment ?

- Faciliter l'accès à une demande pour les partenaires extérieurs,*
- Entendre l'urgence et la tracer,*
- S'assurer qu'une réponse est apportée au demandeur*
- Centraliser les demandes dans le cas des situations complexes*
- Suivre l'évolution de la demande*
- Tenir informer les différents acteurs*

Moyens :

Identifier un temps de concertation fixe ce qui permettrait au demandeur de présenter la situation dans des délais raisonnables :

Les personnels médecin, cadre, psychologue/neuropsychologue, IDE, ES, pourraient être issus de différents services du pôle / réunion mensuelle pour point avec ordre du jour /objectifs.

Pour orienter vers les moyens extérieurs : meilleure connaissance des dispositifs isérois :

- Lister l'ensemble des dispositifs isérois avec leurs missions et procédures,
 - Comment ces dispositifs se complètent les uns les autres,
 - Comment peuvent-ils s'articuler ?
 - Les rendre visibles, faciliter leur accès par la clarté de leurs missions et leurs procédures.
- Articuler avec nos besoins respectifs.

Limiter les hospitalisations d'été d'urgence

Objectifs : Identifier ensemble médico-social/sanitaire (via les équipes mobiles) les situations à risque que l'on voit apparaître surtout sur les périodes de vacances pour prévenir les demandes d'hospitalisation temps plein.

Moyens : 2 membres de l'EMISS Sud en réunions dans tous les IME partenaires en avril de chaque année pour repérer les situations à risques et anticiper l'accompagnement. Cette proposition a été faite en 2018 aux IME qui ont tous accepté cette initiative, elle reste à mettre en place (en perspective pour l'EMISS Sud pour le printemps 2019)

Il est incontournable que ce dispositif soit lisible et compréhensible des partenaires afin qu'ils puissent savoir qui interpeller et comment interpeller

Par le coordinateur et un CDS :

- Les EMISS pour les IME
- L'aide aux aidants pour les IME non conventionnés, les écoles, les HJ...

Ce travail collégial doit aboutir à un partage de ces prises en charge complexes ou à risque, encadré par une procédure de base et envisagé de manière élargie :

- Contact avec les partenaires au printemps afin de faire le point sur les situations « à risque » connues des établissements :
 - Identifier et lister ces situations
 - Elaborer un programme d'accueil sur ces périodes en multi partenariats (IME d'origine, établissements médico-sociales, le sanitaire et la famille

- Elaborer ensemble un PPI pour cette période d'accueil multipartenaires
- Répartition des axes de travail en lien avec chaque lieu d'accueil
 - Signature d'un engagement mutuel par les partenaires et la famille du programme d'accueil validé
- Sensibiliser à « l'interpellation du dispositif d'échanges sur les situations complexes » avant d'en arriver à la rupture.
- Possibilité d'utiliser les dispositifs isérois :
 - Lister l'ensemble des dispositifs isérois avec leurs missions et procédures
 - Comment ces dispositifs se complètent les uns les autres
 - Comment peuvent-ils s'articuler ?
 - Les rendre visibles
 - Faciliter leur accès par la clarté de leurs missions et leurs procédures.

Tracer et organiser par la même personne coordinatrice des situations complexes.

Analyser en fin d'année le résultat de cette collaboration avec l'objectif de diminution des demandes l'année suivante. Associer l'ARS et la MDA.

La prévention

Objectifs : collaboration préventive sur des situations complexes (avant épuisement d'une équipe dont le risque est que l'enfant soit sorti définitivement)

Permettant ainsi de limiter les accueils d'urgences vers le sanitaire.

Moyens : par le biais des équipes mobiles et en appui du partenariat sanitaire / médico-social : « sensibiliser, former » les institutions à repérer, à anticiper les situations de crises et à interpeller en amont.

Par les équipes de terrain, mais aussi par la posture institutionnelle, via les équipes de directions.

Utilisation et partage d'outils communs qui suivrait l'enfant comme par exemple : passeport santé de l'enfant + passeport "fonctionnement" s'appuyant sur les compétences socles (outils de communication utilisés par l'enfant, sensibilité sensorielle,

aménagement environnement, prévisibilité, niveau d'autonomie actuel...)

18. Visibilités et accessibilité : le travail effectué par l'EMISS SUD

Le Pôle TSA est constitué à ce jour de :

1 unité HC adultes
1 HJ adultes
1 équipe mobile (EMIL réparti en 3 trinômes)
1 HJ JET
2 équipes ambulatoires USSAA
1 HJ UJA
1 équipe mobile Aide aux aidants/TCI accolée à l'UJA
2 équipes mobiles EMISS (Sud et Nord) en convention CHAI/AFIPH
Chaque unité travaille avec ses modalités d'admission, ses procédures.

Sur l'EMISS Sud, nous avons travaillé autour d'un « **système qualité** » dans l'objectif d'une **continuité quel que soient les professionnels présents** (anciens ou nouveaux)

En appui du projet médical, nous avons mis par écrit la procédure EMISS Sud de la demande à la sortie, détaillant chaque étape. Nous avons utilisé la déclinaison du « QUI/QUOI/COMMENT ? » de chacune de ces

étapes détaillées par des liens renvoyant sur les documents à utiliser, le sens de chaque action, de chaque intervention, ...

Ce travail permet une lisibilité du fonctionnement de cette équipe, des procédures et documents utilisés. Elle permet **d'autonomiser rapidement un nouveau professionnel, d'avoir un fil conducteur commun et inscrit l'EMISS Sud dans une continuité de démarche d'amélioration continue de nos prestations.**

Il serait intéressant de pouvoir proposer ce travail à chaque unité du pôle, permettant ainsi une lecture du fonctionnement de chacune.

Ainsi en appui de ces procédures, en sortir une procédure POLE TSA qui serait visible et compréhensible des partenaires. Ainsi pourrait en découler « la plaquette » du Pôle TSA.

Cela pourrait générer également une articulation entre tous les services du pôle = 1 pôle.

19. Témoignage d'une équipe réseau sur son activité concernant l'accès aux soins, le soutien aux partenaires, la limitation des hospitalisations inadéquates

"Au nom de l'équipe Réseau PGG

Comme présenté lors de l'AG du pôle Grenoble Grésivaudan du 14 décembre dernier, l'équipe Réseau assure une **activité d'accès au soin psychiatrique** (identification des soins nécessaires puis orientation vers les établissements sanitaires du secteur public, le secteur libéral et associatif). Ce travail s'effectue grâce à une bonne connaissance des partenaires (réseau de soins primaires et réseau social et médico-social) par notre équipe, et notamment une collaboration étroite avec les CLSM des communes du pôle. Cela permet d'une part **l'accès au soin des personnes exclues du système de santé psychiatrique ou en rupture de soin**, mais également une dimension de **soutien des partenaires** qui se sentent souvent très démunis face à des situations complexes (notion d'aide aux aidants), **réduisant**

considérablement le recours à l'hospitalisation complète ou à des passages inadéquats dans les services d'urgences. Cela permet également de participer à **limiter la saturation des structures de type CMP** en réalisant en amont une évaluation spécialisée et en proposant l'orientation la plus judicieuse et adaptée.

Il nous semblerait pertinent que cette activité de soin puisse être reconnue et soutenue institutionnellement, et qu'elle soit également **développée** (les moyens actuels ne nous permettant d'intervenir que sur des situations très ciblées) afin de pouvoir proposer ce type d'intervention de manière plus large sur le territoire, et de pouvoir davantage **communiquer** autour de ces missions qui nous semblent entrer de façon cohérente dans la mission de service public du CHAI.

Dr QUENEAU et PEREZ"

20. Soins somatiques le samedi matin pour les patients hospitalisés

Il est assez difficile de prendre en charge les pathologies somatiques sur les unités les samedis matins, serait-il possible d'obtenir une permanence d'un médecin somaticien sur le CHAI ? L'inquiétude est grandissante avec

l'ouverture prochaine d'une unité de psychogériatrie (manque de formation majeur de notre part sur les poly pathologies somatiques, principalement du sujet âgé).

21. Consolider le soin nutritionnel

Objet : le soin nutritionnel

But : faire le lien entre le projet d'établissement concernant le soin somatique et le projet de soins infirmiers de rééducation et médicotechniques (PSIRMT) et les travaux du Comité Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)

Axes prévention et prise en charge :

- syndrome métabolique
- dénutrition
- troubles intestinaux occlusifs

Moyen : participer à des réunions de travail avec les médecins somaticiens sur :

Les modalités et prérequis à la prise en charge nutritionnelle

- Prescription médicale de la prise en charge diététique avec diagnostic de la pathologie nutritionnelle et objectif de la prise en charge diététique
- Données médicales
- Biométrie
- Biologie

Nécessaire à l'élaboration du diagnostic nutritionnel et du plan de soins diététique

Réévaluation / Refonte de l'imprimé « demande de prise en charge diététique »

- Faire apparaître le diagnostic médical en lien avec la prise en charge diététique et l'objectif médical de la prise en charge nutritionnelle
- Traçabilité dans le dossier de soins informatisé

Réalisation de protocoles médicaux pour les pathologies nutritionnelles (prise en charge de

la dénutrition, prévention du syndrome de renutrition inapproprié, prise en charge du diabète, prise en charge de la constipation etc.)

Comment travailler ensemble : Moments d'échanges, points clinique.

Les difficultés du soin en transversal : Difficultés à voir les patients dans les Ufs et à communiquer avec les soignants au sujet du patient et de sa prise en charge."

22. Quelques propositions d'un médecin somaticien du CHAI

- améliorer le format des CRH pour insertion, si nécessaire, de transmissions somatiques

- insertion dans le CRH d'un court texte expliquant la surveillance somatique d'un patient sous neuroleptique afin de guider les médecins traitants. Par exemple : surveillance du syndrome métabolique, des troubles du rythme cardiaque, du transit, etc. Importance de ne pas arrêter un traitement de fond car risque de rechute et d'aggravation du handicap.

- réaliser une soirée de présentation de CHAI aux médecins généralistes de ville avec une formation sur 2 sujets : la spécificité somatique du patient psychiatrique, le parcours d'un patient psychiatrique (modalité d'admissions, suivi à la sortie...);

- sous conditions de temps médical suffisant : ouverture de consultations externes pour les patients autistes ou psychiatrique ;

- sous conditions de temps médical suffisant : passage dans les hôpitaux de jour.

23. Plusieurs contributions pour développer un carnet d'adresses des structures du CHAI et des partenaires

« Parmi les objectifs principaux que vous listez dans votre courrier il y a : favoriser le rétablissement dans la vie active et sociale.

Je travaille sur le CHAI depuis 2012 et j'apprends, encore aujourd'hui, l'existence de nouvelles structures d'accompagnement au travail, à la vie sociale... Souvent associatives par ailleurs, ce qui est assez représentatif de "l'attrait" de notre société à cet égard (mais ceci est un autre débat).

J'ai commencé, de manière personnelle, à rédiger un carnet d'adresse, mais je pense que quelque chose de plus institutionnel, comme une base de données (participative) serait intéressante. On peut faire le constat que ces connaissances sur les structures varient selon l'ancienneté, la fonction (les assistantes sociales étant celles ayant le plus de connaissance sur le sujet, à mon avis), les pôles, etc. Or il y a toujours un moment, quand on travaille le projet de soin du patient, ou on est en recherche de ces informations-là, qui parfois se perdent avec le départ d'un collègue. C'est une petite réflexion, mais peut-être qui sait une petite pierre à l'édifice »

« Il me semble que la compréhension par les professionnels extérieurs des différentes unités du Pôle TSA est complexe. Il serait intéressant de communiquer sur notre rôle, notre fonction

et notre fonctionnement afin de le rendre plus lisibles et visibles (création de plaquettes, site internet à jour, journée porte ouverte du pôle ? »

« Est-ce que par le biais du service de communication du CHAI, nous pourrions être informés de ce qui peut se faire en terme de pratique, de groupe de travail, d'idées dans chaque pôle ?

En effet, je trouve que nous ne travaillons pas suffisamment de façon transversale entre nous, pour les patients dont nous nous occupons.

Par exemple, depuis bientôt 5 ans, nous faisons un groupe de prévention sur les Accidents Domestiques avec le Commandant de la Caserne des pompiers de Grenoble, où viennent des patients suivis en CMP du PGG.

Et ils en sont ravis. Certains auraient aimé par la suite de faire une sensibilisation aux gestes de premiers secours.

Et je pense que, en dehors des soignants du PGG, personne n'en a entendu parler...

(...) Pouvoir créer organigramme ou plaquette sur les possibles partenaires au soin. En tant qu'infirmière, je ne suis pas toujours à même de répondre aux projets des personnes prises en charge ou de leur faire des propositions d'orientation les plus en lien avec leur projet de vie. »

24. Aménagement en intra hospitalier pour diminuer la violence

Afin de lutter contre la mise en isolement de patients agités, la possibilité de se défouler en marchant ou de laisser vaquer le regard au-delà des murs est primordial.

Hors, les patios et terrasses des nouveaux bâtiments ne le permettent pas.

Le nombre de patients pouvant réellement s'aérer, voir loin, courir et rassembler leur corps dans le grand parc dont nous bénéficions encore est tout à fait conséquent.

Par contre, les patients sont enfermés tant qu'ils ne sont pas autorisés à sortir dans le parc de l'établissement ou admis à sortir accompagnés de soignant quand l'effectif qui ne le permet pas.

Ce fait participe à faire monter la tension autant à titre individuel que groupal.

Les services ouverts ne souffrent pas de ce manque. Pierre Gasmi

25. Développement des espaces d'apaisement et d'activités occupationnelles

- adaptés au besoin de chacun
- sur des temps planifiés ou à la demande
- en groupe ou en individuel
- accompagné par un professionnel ou seul

- identifier les besoins de chaque patient et cibler les activités à lui proposer en fonction de son état : de base ; pour désamorcer une crise ; en post-crise."

26. Des contributions sur le soutien aux aidants et sur l'accompagnement des familles

« Développement d'une collaboration plus structurée entre le CHAI et les aidants naturels = des propositions d'accompagnement concrètes soient proposées aux aidants naturels.

La diminution des lits d'hospitalisations et la saturation des CMP font reposer de plus en plus de charge aux **aidants naturels**. D'une part, nous avons besoin d'eux, notamment pour les formulaires d'hospitalisation sur la demande d'un tiers, d'autre part, il peut être difficile de communiquer et de collaborer avec eux du fait du secret professionnel (bien souvent ce sont des parents d'un enfant majeur). Ces aidants naturels se retrouvent très souvent sans soutien du corps médical, sans information sur le diagnostic de leur proche, mais à devoir en gérer de nombreuses répercussions.

De nombreuses études (McFarlane, 2002 ; Pilling et al., 2002 ; Sin and Norman, 2013) mettent en avant, que du fait du trouble psychique de leur proches, les aidants naturels présentent un risque de dépression, de trouble cardio-vasculaire, de mortalité précoce et d'une perte de niveau socio-économique par rapport à la population générale, etc. De plus, ces études montrent que prendre en charge les aidants naturels aident les personnes à aller mieux dans des proportions non négligeables. Sans rompre la nécessité du secret professionnel, il pourrait être intéressant de proposer aux aidants naturels la possibilité de rencontrer un professionnel du CHAI (psychologue, infirmier par exemple) dans un objectif d'information (sur le fonctionnement de la psychiatrie, de l'hôpital, mais aussi de psychoéducation si le diagnostic est connu des aidants, et de technique de communication pour faire face aux difficultés rencontrées avec leur proche) et d'offrir un espace d'écoute des difficultés qu'ils rencontrent, qui avec une bonne connaissance du territoire, permettrait

de pouvoir les orienter en fonction de leurs besoins / demandes."

« Dans le cadre de l'écriture du projet d'établissement, il nous est apparu important d'envisager la création d'une unité transversale à la psychiatrie adulte autant qu'à la pédopsychiatrie d'une **unité dédiée à l'accompagnement et la prise en charge des familles des patients** suivis sur le CHAI. »

« Impliquer les familles, par des actions de sensibilisation, de formation aux troubles psychiques qui les impactent »

« Il serait important pour moi de faire plus de prévention Primaire pour les troubles débutants.

En effet, ayant travaillé en CMP, nous pouvions avoir de jeunes adultes, pas encore hospitalisés (adressés par un médecin généraliste le plus souvent) ou suite à une très courte hospitalisation.

Face à cela, il pourrait être intéressant d'avoir un accompagnement "plus soutenu" pour la **personne soignée ainsi que pour son entourage et/ou sa famille.**

C'est-à-dire avoir des professionnels qui pourraient aller dans leur milieu écologique, étant plus dans le quotidien, la vraie vie où, pour un certain temps, des soignants seraient plus disponibles que des infirmiers référents en CMP.

Ceci pourrait-être fait par une équipe plus formée à tout ce qui est autour de l'annonce de la maladie et l'accompagnement de la famille autour du traitement, essayer d'expliquer pourquoi leur enfant inverse les jours et les nuits, passe son temps caché dans le noir, pas de lien social... en vue d'une rechute éventuelle. Pour moi, parce que manque de temps ou de personnel, la famille n'est pas suffisamment aidée et soutenue même si parfois, elle peut aussi refuser les soins et faire en sorte que leur enfant ne soit pas sujet "de sa vie" avec "sa maladie". »

27. Hôpitaux de jour en pédopsychiatrie : organiser des réponses à la crise

"Concernant le secteur de pédopsychiatrie et plus précisément les hôpitaux de jour, il me semble qu'il faudrait travailler autour de la fluidité des parcours et autour de la contractualisation des prises en charges, ainsi que sur la gestion des situations urgentes.

En effet, actuellement, les enfants pris en charge sur les hôpitaux de jour sont accueillis en fonction de leur tranche d'âge et souvent sur une année scolaire minimum.

Ils peuvent y rester plusieurs années. Il me semble que cela bloque l'accès aux soins pour d'autres enfants qui auraient également des besoins. La notion de prise en charge en urgence en pédopsychiatrie est souvent compliquée à faire entendre aux équipes. Or, les demandes en urgence existent de plus en plus et nous demandent d'être de plus en plus réactifs. Pour les partenaires demandeurs (médecins libéraux, CMP, structures médicosociales), cela reste très compliqué pour avoir une réponse rapide sur une situation complexe et urgente. Aussi, afin de travailler dans une atmosphère sereine avec nos partenaires demandeurs et de ne pas fonctionner sur des systèmes d'injonction, il me semble qu'il faudrait faciliter au niveau des HDJ, le traitement des demandes, **et faciliter l'accueil en HDJ en urgence, sur une période donnée, des enfants qui pourraient en avoir besoin.**

Certes, le critère d'âge est important mais il me semble également essentiel de donner du sens

aux soins que l'on propose en établissant des projets de soins individualisés clairs avec des objectifs clairs et des échéances, tout cela faisant bien sûr, l'objet d'évaluation régulière. De plus, il me paraît aussi essentiel, que **chaque projet de soins soit validé avec la famille et passe par une contractualisation** afin que celle-ci soit aussi actrice dans la prise en charge. À mon sens, chaque HDJ devrait voir apparaître dans son projet des propositions de prises en charge à court et moyen terme ainsi que la prise en compte de la gestion de la situation d'urgence.

Cela ne veut pas dire que les prises en charges dans les HDJ ne sont pas efficaces actuellement, cela sous-entend pour moi que nous ne pouvons plus garder des enfants en HDJ pendant des années, la temporalité pour moi doit être revue. À chaque enfant qui a besoin d'une prise en charge spécifique en pédopsychiatrie, doit correspondre un parcours de soin individualisé, contractualisé avec la famille et les différents partenaires. Comme dans le MCO, la sortie et l'orientation doit être envisagée et réfléchi dès les débuts de prises en charge. La vie d'un enfant ne peut pas se construire dans un hôpital. Pour moi, même si un enfant nécessite des soins psychiques, il faut avant tout envisager cette prise en charge intégrée dans son environnement écologique afin qu'à cet enfant et sa famille soit proposer la solution de vie la plus normalisante possible."

28. Améliorer la santé physique

La santé mentale et la sante physique sont indissociables.

Les personnes vivant avec des troubles psychiques présentent souvent des pathologies somatiques non diagnostiquées.

Les personnes vivant avec des troubles psychiques doivent pouvoir bénéficier de la prévention, du dépistage et du suivi adapté à leurs problèmes somatiques.

La plupart des patients suivis en CMP n'ont pas de médecins généralistes (MDG) ou ne les voit que très peu.

De ce fait, on observe souvent des ruptures dans la continuité des soins et des parcours de vie.

Les équipes infirmiers(ères) n'ont pas suffisamment de temps pour les accompagner à leurs RDV "somatiques" et à faire du lien, avec l'accord du médecin psychiatre, auprès de leur MDG.

Ces patients psychotiques, qui ont des soucis somatiques, ont souvent du mal à faire face à ces 2 maladies. Que d'en accepter 1 et que de vivre avec... est déjà bien compliqué.

Ne pourrait-il pas y avoir **des IDE coordonnateurs qui pourraient suppléer leurs**

collègues infirmiers(ères) de CMP, dans tout ce qui concerne l'accompagnement des patients dans des cabinets de ville, dans leur quotidien et dans leurs milieux écologiques ?

Ces IDE pourraient aussi les aider à devenir "acteur" de leur santé, en travaillant avec les

Infirmiers libéraux pour les aider à devenir autonome.

Ceci pour améliorer la prévention secondaire et tertiaire quant à la comorbidité et la surmortalité des patients ayant des troubles psychiques sévères.

29. Projet sur la santé physique des personnes atteintes de TSA

Je suis infirmière dans une équipe mobile qui intervient dans les établissements médico sociaux (IME) pour accompagner et soutenir les professionnels dans la prise en charge d'enfants porteurs d'autisme.

Nous nous appliquons à sensibiliser les équipes dans la prise en charge de la douleur et sommes souvent confrontées au manque de médecins dans ces institutions.

Les infirmières et les familles rencontrent beaucoup de difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste, un bilan sanguin ou une prise en charge paramédicale.

En effet, les médecins libéraux se disent ne pas être toujours formés ou équipés pour la prise en charge et le suivi de ces enfants.

Développer la collaboration avec les soins primaires (médecins généralistes et spécialistes, professionnels de santé, maison de santé) me semble pertinent et très intéressant afin de pouvoir créer peut-être un réseau libéral médical et paramédical spécialisé dans la prise en charge somatique des enfants porteur d'autisme ou TSA.

Nathalie Marion Blondel, infirmière EMISS sud Pôle TSA

30. Trois contributions à propos des équipes mobiles

« Je souhaiterais participer à la réflexion autour de la notion du développement des équipes mobiles pour améliorer le dispositif des équipes mobiles au sein du pôle TSA (notamment l'EMISS dont je fais partie) en tenant compte à la fois des ressources, des différences et des limites de ces dispositifs.

- valoriser le travail de "PREVENTION" que réalise l'EMISS au sein des IME. Grâce au lien de confiance tissé avec les équipes des IME, l'EMISS intervient de plus en plus à titre préventif auprès de jeunes présentant un TSA dans les IME et moins pour des situations où les troubles du comportement sont majorés et rendent les interventions de l'EMISS plus longues et complexes. Le recours à d'éventuelles futures hospitalisations se voit dès lors diminué.*
- réfléchir aux demandes des IME pour la réalisation de bilans diagnostiques pour certains jeunes suivis depuis des années dans les IME sans qu'un diagnostic clair n'a été posé (lié au manque de médecins dans les IME)*

- réfléchir aux limites des interventions de l'EMISS au regard des diagnostics différentiels (déficiences intellectuelles...)*
- valoriser les interventions des équipes mobiles (dont l'EMISS) sur le terrain pour sensibiliser les équipes à certaines notions (prise en charge de la douleur chez les enfants TSA, fonctionnement des personnes présentant un TSA, méthode ABA...) mais aussi pour aider/soutenir les professionnels des IME à mettre en place des outils nécessaires à la prise en charge des jeunes présentant un TSA (PECS, supports visuels...)*
- réfléchir à améliorer notre travail avec l'ensemble du réseau de soins (CMP, autres unités de soins de l'hôpital...), soutenir le travail enclenché depuis un an par l'EMISS pour relancer la collaboration avec certains IME conventionnés*

Virginie Stocco"

« Je souhaiterais qu'on étudie les possibilités de fusion des équipes mobiles qui travaillent sur mêmes champs d'action ou qui se recoupent

afin de rendre plus lisible leurs interventions pour les partenaires et les services du CHAI.

Cela créera des dynamiques de fonctionnement et un sentiment d'appartenance à un même projet cohérent évitant un découpage parfois incompréhensible

Ex. : les équipes réseaux, les 2 équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (mais il y en a d'autres dans ce profil)

D'une façon générale, il faut sortir d'une vision polaire, ces équipes doivent fonctionner en transversal, ce qui est leur réalité car elle dépasse le territoire de leur pôle d'origine.

Peut-être créer un pôle dédié ou les rattacher à un pôle transversal

Et puis définir des critères d'évaluation de leur activité et de leur fonctionnement car aujourd'hui les cotations de leurs actes ne sont pas adaptées et il n'y a pas de modèle existant pour cette évaluation"

« Retour d'expérience équipe EMISS enfant Travailler, favoriser avec le médicosocial la notion de l'urgence à la prévention.

Moyens : l'anticipation par les équipes mobiles. Une notion qui doit être portée à un niveau institutionnel et ne pas rester au niveau des équipes de terrain.

Une bonne et réelle connaissance des missions et limites des secteurs sanitaires et médicosocial reconnue par les deux secteurs.

Un traitement des situations tracé et bilanté 1 x/ an.

Notre axe de travail principal pour 2018/2019 est la sensibilisation à la prévention auprès de nos partenaires ; cette perspective a été validée lors de la rencontre entre CDS IME et EMISS Sud ; reste la mise en œuvre.

Renforcer et nourrir le réseau partenarial pour une utilisation optimale des ressources sur le territoire d'intervention, se faire connaître et connaître le réseau afin de tisser une collaboration de travail pour orienter et/ou informer plus précisément et de manière plus pertinente nos partenaires.

Sensibilisation à la douleur : les IME qui ont bénéficié de la sensibilisation à la douleur doivent l'intégrer dans leur pratique professionnelle, via le projet de leur établissement (direction) et en lien avec leur personnel para médical (en cours via le Dr Pומרol de l'AFIPH).

L'EMISS Sud s'interroge sur la question du garant de nos interventions en IME par l'IME en termes de suivis.

Sont présent à nos réunions de travail les équipes et le CDS de l'IME ; est ce que cela implique l'adhésion et le suivi de l'établissement de notre intervention, de nos propositions ? Le « portage » institutionnel semble faire défaut et/ou n'est pas affirmé.

La qualité pour objectif d'amélioration et de réajustement : Poursuivre l'envoi des questionnaires de satisfaction sur l'activité de l'EMISS que nous envoyons en juin à tous les IME dans lesquels nous intervenons. Cette démarche permet de faire une évaluation de nos interventions avec les directions des IME : les attentes, les besoins, les axes d'améliorations à travailler de part et d'autres, un ré accordage nécessaire. Continuer d'évaluer la satisfaction des partenaires et de recueillir leurs besoins dans une démarche d'amélioration continue des prestations de l'EMISS.

Les équipes mobiles, aujourd'hui reconnues, comme efficaces dans et par les IME peuvent et devraient passer à un niveau d'exigences supérieures vis à vis du MS ; elles ne peuvent plus n'être qu'un "pansement" à un instant T ; c'est une véritable collaboration de droits et devoirs qui pourrait favoriser une montée en compétences de chacune des parties et ne plus être l'objet d'amalgames entre nos missions pour qu'elles deviennent complémentaires. Et au service du patient et/ou de l'usager. »

31. Charte des bonnes pratiques en psychiatrie générale proposée par le PGG

Cette charte stipule les conditions minimales acceptables dans la prise en charge des patients tant en Intra qu'en extra-hospitalier. Elle doit être une référence dans le cas d'une véritable politique de qualité non pas basée sur des procédures mais sur l'abord clinique et les pratiques reconnues par l'ensemble de la communauté médicale mais également par de nombreuses références dans la littérature dont celle de l'HAS.

On veillera par ailleurs à ce que soit respectée la confidentialité du dossier médical informatisé selon les règles de la déontologie.

En extra-hospitalier :

- Voir en consultation autant que nécessaire le patient : très rapidement après une hospitalisation, très fréquemment en période de crise afin d'éviter une hospitalisation, ainsi que pour les soins sous contrainte et les risques suicidaires, au moins une fois par semaine, dans ces derniers cas.

- Voir les patients au moins 30 minutes, tenue du dossier compris, à chaque fois que cela est nécessaire, la consultation peut aller jusqu'à 45 minutes voir plus selon les cas ; en aucun cas nous devons accepter une consultation trop rapide ou de mauvaise qualité.

- La prise en charge générale des patients doit englober autant la consultation individuelle que l'abord somatique par un infirmier si besoin mais l'accent sera mis également sur l'abord familial et social avec les temps nécessaires pour ces prises en charge.

- En ce qui concerne les temps institutionnels, un temps suffisant devra être apporté aux réunions cliniques, aux synthèses, aux formations des équipes, au groupe thérapeutique etc.

- Le travail de secteur comprenant le partenariat avec les partenaires du médico-social, les communes, le conseil général, doit tenir une place importante dans la pratique quotidienne avec sa dimension de prévention.

- Le travail de lien avec les médecins généralistes autant par l'écrit lors des sorties que par des comptes rendus réguliers devra être fait soigneusement avec, si besoin, des réunions régulières avec les correspondants habituels des CMP.

En intra-hospitalier :

- Tout patient devra être vu par le médecin au moins deux fois par semaine et tous les jours au moins au début ; tous les abords devront être effectués : psychique, somatique (avec l'aide de la médecine interne), social et familial.

- Le travail institutionnel devra être fait : réunion clinique, réunions régulières de fonctionnement entre médecins et personnel paramédical, groupe de parole, synthèse, réunion si nécessaire avec l'ergothérapie, médecine interne, le service social, le service des majeurs protégés etc.

Les médecins hospitaliers s'engagent à se former très régulièrement afin de mettre leurs connaissances à niveau et en utilisant la plus grande partie de leurs congés formations : l'évolution de la clinique, de nombreuses thérapies, du problème du handicap psychique et des troubles cognitifs, les questions juridiques et médico-sociales sont d'une telle complexité que cette démarche est absolument nécessaire.

Le contexte actuel est marqué par une pénurie des temps médicaux à laquelle s'associe une restriction des équipes de façon globale. De plus, un nombre important de temps médicaux sont effectués par des médecins intérimaires.

Dans ce contexte, les seules nouvelles demandes pouvant être prises en charge sont les patients sortant d'hospitalisation, du service des urgences, des passations adressées par d'autres CMP. Cette pratique déjà en cours depuis de nombreux mois atteint ses limites. Les soins minimum tels que décrits dans la charte ne peuvent plus être assurés actuellement.

De ce fait soit un recrutement médical pérenne et à hauteur des postes non pourvus est mis en place le plus rapidement possible soit une nouvelle restriction quant à l'accueil de nouveaux patients serait à réfléchir ?

Ces nouvelles procédures concernent l'ensemble de l'institution.

**Données
d'activité en
appui au projet
médical**

PERIMETRES DEFINIS AU COURS DU DIRECTOIRE DU 11 MARS 2019

ORGANISATION TERRITORIALE DES PARCOURS

Couverture territoriale

Bassin de population du CHAI, (source : site INSEE données de population 2015), selon la méthodologie validée en directoire du 12/03.

	Population de 0-17 ans	Population de 18 ans et plus	Total
Pôle Voironnais	58 608	188 608	247 216
Pôle Drac Trièves Vercors	46 864	159 482	206 346
Pôle Grenoble Grésivaudan	69 065	271 426	340 491
Total CHAI	174 537	619 516	794 053

Ratio lits/habitants

Bassin de population desservi par le CHAI	794 053
Nombre de lits installés au 01 01 2019 (source : tableau provenant du pôle patientèle)	305
Nombre de lits pour 1 000 habitants	0,38
Nombre de lits pour 10 000 habitants	3,8

Éléments d'activité

Promotion des hôpitaux de jour de crise :

- HDJ Cassiopée – HDJ Séraphine
- UJA – PAJ
- CTAI (bien que ce ne soit pas un (HDJ))

UF/Pôle	FA			Nombre de venues			Nombre de venues moyenne par patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
2422 Cassiopée	162	103	105	4009	3439	3263	24,7	33,4	31,1
PDTV									
2752 Séraphine		25	104		205	3931		8,2	37,8
PV									
4546 Plateau ambulatoire		8	13		166	463		20,8	35,6
4132 UJA	22	19	32	1503	1193	1382	68,3	62,8	43,2
TSA									

UF/Pôle	FA			Nombre d'actes			Nombre d'actes moyen par patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
3227 CTAI			46			281			6,1

Ouverture du CTAI à l'automne 2018.

ORGANISATION DU PARCOURS HOSPITALIER

Maintien de la capacité des lits d'hospitalisation de psychiatrie générale

Nombre de lits occupés – DMS –DMH – Réhospitalisation

Sur 3 ans, par UF, par pôle et pour le CHAI

UFPôle	FA			Nb de séjours			Nb de journées			DMS			DMH			Nb de lits occupés		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1901 A Rimbaud		177	159		195	192		8929	8668		45,8	45,1		50,4	54,5	0,0	24,5	23,7
1911 Cédre	208	69		299	79		7727	1367		25,8	17,3		37,1	19,8		21,2	3,7	
1931 C Claudel	213	222	190	266	257	225	8140	9080	9288	30,6	35,3	41,3	38,2	40,9	48,9	22,3	24,9	25,4
3331 H Matisse	199	191	205	303	271	279	8757	8922	8652	28,9	32,9	31,0	44,0	46,7	42,2	24,0	24,4	23,7
3335 UTACS		59			76			1872			24,6			31,7		0,0	5,1	
3511 J Prévert	212	208	203	311	350	317	8225	8898	9076	26,4	25,4	28,6	38,8	42,8	44,7	22,5	24,4	24,9
PGG	732	759	641	1133	1153	969	32849	39068	35684	29,0	33,9	36,8	44,9	51,5	55,7	90,0	107,0	97,8
2111 Charmeil	108	129	67	161	147	98	5320	4534	5358	33,0	30,8	54,7	49,3	35,1	80,0	14,6	12,4	14,7
2311 Fodéré	201	163	210	237	206	309	8881	7472	8825	37,5	36,3	28,6	44,2	45,8	42,0	24,3	20,5	24,2
2511 Unité104	183	165	224	241	234	322	9236	8314	8895	38,3	35,5	27,6	50,5	50,4	39,7	25,3	22,8	24,4
2601 UPRA	11	30	42	13	43	48	867	4642	4767	66,7	108,0	99,3	78,8	154,7	113,5	2,4	12,7	13,1
PDTV	438	398	441	616	572	681	24304	24962	27845	39,5	43,6	40,9	55,5	62,7	63,1	66,6	68,4	76,3
2721 Debussy	161	182	205	216	245	271	7557	7585	7765	35,0	31,0	28,7	46,9	41,7	37,9	20,7	20,8	21,3
2741 Kairos	45	55		97	129		7839	5153		80,8	39,9		174,2	93,7		21,5	14,1	0,0
2921 Berlioz	219	228	277	273	293	364	8786	8869	9076	32,2	30,3	24,9	40,1	38,9	32,8	24,1	24,3	24,9
3111 Cavell	247	268	247	355	364	326	9531	9517	9214	26,8	26,1	28,3	38,6	35,5	37,3	26,1	26,1	25,2
PV	577	618	614	886	954	900	33713	31124	26055	38,1	32,6	29,0	58,4	50,4	42,4	92,4	85,3	71,4
3521 Apex	887	899	916	953	1000	1010	4164	4372	4628	4,4	4,4	4,6	4,7	4,9	5,1	11,4	12,0	12,7
4611 G Groddeck	302	321	348	399	426	457	5582	5618	5768	14,0	13,2	12,6	18,5	17,5	16,6	15,3	15,4	15,8
PU	1163	1199	1237	1340	1416	1448	9746	9990	10396	7,3	7,1	7,2	8,4	8,3	8,4	26,7	27,4	28,5
4511 TSA Unité 3	20	18	18	20	43	41	3414	4062	4243	170,7	94,5	103,5	170,7	225,7	235,7	9,4	11,1	11,6
4531 TSA Unité 4	16	9		16	18		2971	555		185,7	30,8		185,7	61,7		8,1	1,5	0,0
4541 TSA unité 2	15			40			2387			59,7			159,1			6,5		
PTSA	48	21	18	157	57	41	8772	4617	4243	55,9	81,0	103,5	182,8	219,9	235,7	24,0	12,6	11,6
1941 Tony Lainé	53	58	98	65	89	114	2835	2662	3081	43,6	29,9	27,0	53,5	45,9	31,4	7,8	7,3	8,4
Etablissement	2244	2227	2232	3485	3458	3380	112219	112423	107304	32,2	32,5	31,7	50,0	50,5	48,1	307,4	308,0	294,0

Développer des parcours spécifiques

Psychoses chroniques en perte progressive d'autonomie

Choix en directoire de travailler sur les séjours de 90 jours ou plus – Année 2018.

Catégorie diagnostique CIM X	Nombre de séjours de 90 jours ou plus % de séjours de 90 jours ou plus
F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	7 soit 2,6 %
F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives	44 soit 16,7 %
F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	131 soit 49,6 %
F30-F39 Troubles de l'humeur	55 soit 20,8 %
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	17 soit 6,4 %
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	38 soit 14,4 %
F70-F79 Retard mental	21 soit 7,9 %
F80-F89 Trouble du développement psychologique	18 soit 6,8 %

Durée de séjour de 90 jours ou plus en 2018 (avec journées de permissions) : 264 séjours soit 7,8 % de l'ensemble des séjours.

Répartition par code diagnostique (DP et DAS), sachant qu'un patient peut avoir plusieurs diagnostics.

Crise suicidaire

Travail sur les codes diagnostics – Code X60 à X84 de la CIM X – DP ou DAS

	FA			Nombre de DP ou DAS		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
CHAI	402	372	356	452	415	404
HC	127	104	94	135	110	103
HDJ	24	14	16	25	15	58
CMP	292	295	283	292	295	283

Attention : la FA CHAI n'est pas la somme des FA HC – HDJ – CMP. Ce total est dédoublonné.

Un patient peut avoir plusieurs diagnostics et être suivi selon plusieurs modalités. Les diagnostics ne sont pas dédoublonnés.

Il n'est pas pertinent de calculer une tendance. Le nombre de diagnostics retrouvés dépend également de la qualité du codage.

Le nombre de patients pour lesquels ces diagnostics ont été saisis représente :

- 1,9 % de la FA du CHAI en 2018
- 1,9 % de la FA du CHAI en 2017
- 2 % de la FAI du CHAI en 2016

Soins sans consentement

UF/Pôle	FA patients en SSC			Part des SSC sur la FA totale		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1901 A. Rimbaud		106	79		59,9 %	49,7 %
1911 Cèdre	31	3		14,9 %	4,3 %	
1931 C. Claudel	122	135	120	57,3 %	60,8 %	63,2 %
3331 H. Matisse	116	119	118	58,3 %	62,3 %	57,6 %
3335 UTACS		8			13,6 %	
3511 J. Prévert	114	98	108	53,8 %	47,1 %	53,2 %
PGG	335	407	361	45,8 %	53,6 %	56,3 %
2111 Charmeil	59	73	45	54,6 %	56,6 %	67,2 %
2311 Fodéré	102	83	108	50,7 %	50,9 %	51,4 %
2511 Unité104	102	89	106	55,7 %	53,9 %	47,3 %
2601 UPRA	4	12	22	36,4 %	40,0 %	52,4 %
PDTV	229	203	222	52,3 %	51,0 %	50,3 %
2721 Debussy	86	87	99	53,4 %	47,8 %	48,3%
2741 Kairos	15	14		33,3 %	25,5 %	
2921 Berlioz	77	103	136	35,2 %	45,2 %	49,1 %
3111 Cavell	120	118	116	48,6 %	44,0 %	47,0 %
PV	259	281	296	44,9 %	45,5 %	48,2 %
3521 Apex	351	395	392	39,6 %	43,9 %	42,8 %
4611 G. Groddeck						
PLUS	351	395	392	30,2 %	32,9 %	31,7 %
4511 TSA Unité 3	2	2	4	10,0 %	11,1 %	22,2 %
4531 TSA Unité 4	5	3		31,3 %	33,3 %	
4541 TSA unité 2	1			6,7 %		
PTSA	8	3	4	16,7 %	14,3 %	22,2 %
1941 Tony Lainé	10	8	13	18,9 %	13,8 %	13,3 %
Établissement	833	886	877	37,1 %	39,8 %	39,3 %

Promouvoir les soins somatiques

Diagnostics somatiques – Analyse de la FA HC – DP et DAS

	FA	% de la FA HC du CHAI	Nombre de DP - DAS
2016	160	7 %	203
2017	164	7,4 %	214
2018	131	5,9 %	165

La cotation des pathologies somatiques est à optimiser. Le nombre de diagnostics saisis ne reflète vraisemblablement pas le volume de pathologies somatiques réel.

Détail 2018 par catégories CIM X : Cf. tableau ci-dessous. Un patient peut avoir plusieurs diagnostics.

Chapitre de la CIM X	Nombre de DP + DAS
Tumeurs (C0 –D48)	5
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (D50-D89)	1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques (E00-E90)	23
Maladies du système nerveux (G00-G99)	28
Maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59)	1
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)	1
Maladie de l'appareil circulatoire (I00-I99)	8
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	3
Maladies de l'appareil digestif (K00-K99)	7
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)	1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)	7
Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)	1
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96)	2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	7
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)	58
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe (S00-T98)	12
Total codes diagnostics pour 131 patients (FA HC 2018)	165

FA – Nombre total d’actes par UF

Code UF	Court par nom UF	FA	Nombre d’actes
1111	Neurologie et E.E.G	438	912
1112	Radiologie	492	925
1113	Autres spécialités	902	3 918
1114	Médecine internet et polyvalente	1 645	9 040
		Somme	14 795

FA totale : 2 239

Attention : Si la FA totale n’est pas la somme des FA de chaque UF, un patient ayant pu être suivi par plusieurs UF. Il s’agit d’une FA dédoublonnée : le patient n’est compté qu’une fois. De même, un acte n’est compté qu’une fois dans ce tableau, qu’il soit fait par un ou plusieurs intervenants.

FA et actes par métier

Métier	FA	Nombre d’actes
Diététicienne	470	1 239
Infirmier, cadre de santé	447	1 018
Kinésithérapeute	258	1 543
Manipulateur	488	925
Médecins	1 990	10 792
Podologue	155	256
Total	2 239	15 773

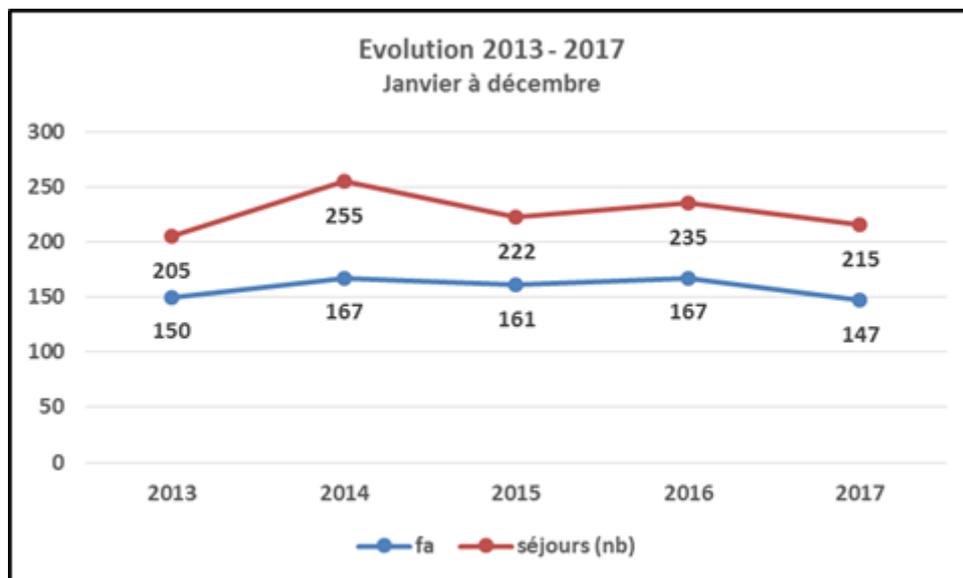
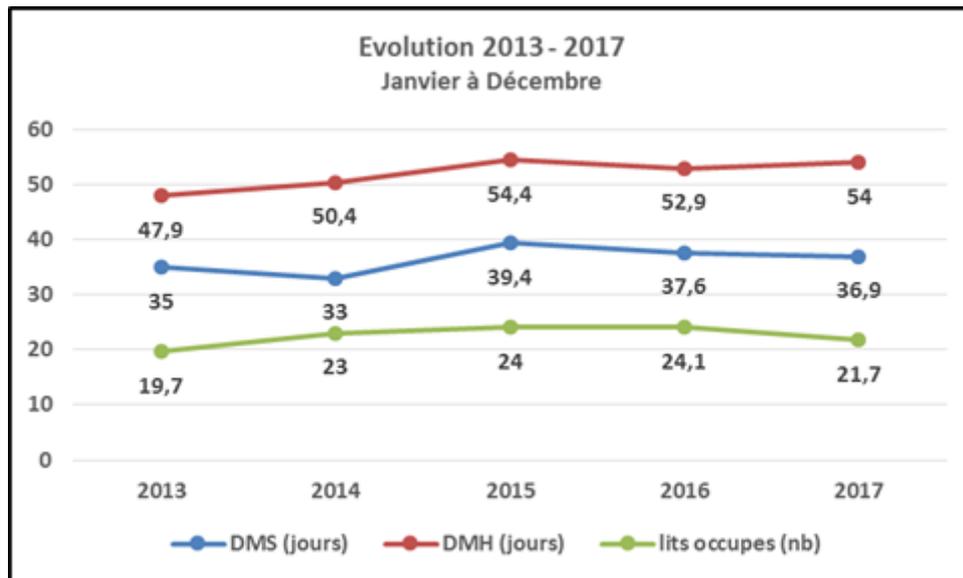
Dans ce tableau figure le détail des actes réalisés par catégorie métier. Un acte pouvant être réalisé par deux intervenants de métier différent sera compté autant de fois que de catégories.

Ex. : un acte réalisé par un médecin et une IDE est compté deux fois. Une fois dans le métier médecin, une fois dans le métier IDE. Le total d’actes est donc supérieur à celui du tableau précédent.

Activité pédiatrique au CHAI

Code UF	Libellé UF	FA	Nombre d'actes
3913	HJ Fontaine consultation	16	27
3923	HJ Perreau consultation	10	22
3933	Consultation petite enfance HJ	16	33
3943	HJ Thiers consultation	9	18
4125	Consultation USSAA	3	3
4135	UJA consultation (Unité de Jour Autiste)	2	2
4420	CMP adolescents	86	419
4713	Consultation enfants Coublevie HJ	12	29
5004	CMP – Espace Victor	10	15
NR	NR	22	41
	Total	165	609

Psychiatrie du sujet âgé



Addictologie

UF/Pôle	FA			NB d'actes			Nb d'actes (ou de venues) moyen par patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
4626 AHL	1 530	1 280	1 214	7 346	5 354	4 812	4,8	4,2	4,0
4627 HJ addictologie	103	112	122	2 044	2 135	2 143	19,8	19,1	17,6

Population adolescente (12-21 ans)

Année	FA	% de la FA du CHAI
2016	2 730	14 %
2017	2 722	14 %
2018	2 698	14 %

FA HC Adolescents

Année	FA	% de la FA du CHAI	Nombre de journées	% de journées du CHAI
2016	189	8,4 %	8 449	7,9 %
2017	182	8 %	8 451	7,5 %
2018	229	10 %	7 993	7,5 %

Évolution 2016-2018 : + 21% en FA, -5,4 % de journées.

FA HJ-HN adolescents

Année	FA	% de la FA du CHAI	Nombre de venues	% de venues du CHAI
2016	118	12,8 %	3 904	10,4 %
2017	76	11 %	3 683	10,5 %
2018	72	10,5 %	3 794	11 %

FA HJ-HN CHAI USN2 comprise

Évolution de la FA 2016-2018 : - 39 %

Évolution des venues 2016-2018 : -2,8 %

Moins de patients vus plus souvent.

FA ambulatoire adolescents

Année	FA	% de la FA du CHAI	Nombre d'actes	% d'actes du CHAI
2016	2710	14,3 %	41 451	12,6 %
2017	2700	14,2 %	41 065	12,7 %
2018	2661	14,5 %	39 021	12,8 %

Actes RIMP et hors RIMPS

Évolution 2016-2018 : -1,8 % en FA, -5,8 % d'actes.

Trouble du Spectre de l'Autisme

Activité 2016-2018 : données disponibles tableau en fin de document « HC, HJ et ambulatoire »
Diagnostic F84.0 à F84.9 Troubles envahissant du Développement

FA	2016	2017	2018
FA avec diag F84.0 à F84.9	148	132	145
% de la Fa du pôle TSA	44 %	40,5 %	41 %

Périnatalité

Activité de l'ASSTRIADE SUD et l'ASSTRIADE NORD : données disponibles tableau en fin de document
« Ambulatoire / activités spécifique ».

FA des moins de 2 ans en PIJ (tranche d'âge validée en directoire).

Avec ASSTRIADE

Année	FA < 2 ans	% de la FA PIJ
2016	182	3,4 %
2017	177	3,5 %
2018	168	3,5 %

Sans ASSTRIADE

Année	FA < 2 ans	% de la FA PIJ
2016	54	1 %
2017	47	0,9 %
2018	29	0,6 %

Isolement et contention

Le rapport spécifique de suivi des mesures d'isolement et de contention est présenté annuellement
aux instances avant transmission à l'ARS.

Répartition des nouveaux patients reçus au CHAI en 2018, âgés de 18 à 25 ans par code diagnostic principal

File active pour l'ensemble de l'établissement en 2018	18 714
Nombre de nouveaux patients au CHAI 18-25 ans, quelle que soit la prise en charge	902 soit 4,8 % de la file active de l'établissement
Nombre de nouveaux patients au CHAI 18-25 ans en HC	70
Nombre de nouveaux patients au CHAI 18-25 ans suivis en ambulatoire	871

Attention : un nouveau patient peut être considéré comme « nouveau » dans chaque prise en charge, ne pas faire la somme.

Répartition par DP pour les nouveaux patients HC :

Diagnostic principal	Nombre de patients	%
F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives	13	18,6 %
F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	22	31,4 %
F30-F39 Trouble de l'humeur	18	25,7 %
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	6	8,6 %
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	3	4,3 %
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	6	8,6 %
F80-F89 Troubles du développement psychologique	1	1,4 %
Autres	5	7,1 %
Total	70	100 %

Répartition par DP pour les nouveaux patients suivis en ambulatoire

Diagnostic principal	Nombre de patients	%
F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives	119	13,7 %
F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	39	4,5 %
F30-F39 Trouble de l'humeur	11	12,6 %
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	259	29,7 %
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	16	1,8 %
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	68	7,8 %
F80-F89 Troubles du développement psychologique	10	1,1 %
F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	13	1,5 %
X60-X84 Lésion auto infligées	25	2,9 %
Z00 Examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté	36	4,1 %
Z65 Difficultés liées à d'autres situations psychosociales	25	2,9 %
R45 Symptômes et signes relatifs à l'humeur	110	1,1 %
Autres code en Z	11	1,3 %
Non renseigné	130	14,9 %
Total*	871	100 %

*Un patient peut avoir plusieurs DP au cours de sa prise en charge.

Actes réalisés au CHAI en dehors de l'hospitalisation Actes RIMP et Hors RIMP

Actes réalisés de CHAI en dehors de l'hospitalisation Actes RIMP et Hors RIMP

CMP et assimilés	FA			NB d'actes			Nb d'actes moyen par patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
UF/Pôle									
Pôle Grenoble Gresivaudan	6261	3603	3475	61366	70178	67182	9,8	19,5	19,3
Pôle Drac Trièves Vercors	3522	3464	3525	54855	52038	49451	15,6	15,0	14,0
Pôle Voironnais	2997	3051	2901	52918	48818	47179	17,7	16,0	16,3
PLUS	4604	4404	4340	20224	13738	13045	4,4	3,1	3,0
Pôle TSA	260	262	289	2826	3130	3336	10,9	11,9	11,5
Pôle infanto-Juvénile	4975	4719	4374	81572	79445	72337	16,4	16,8	16,5
Établissement	17784	17684	17034	273761	267347	252530	15,4	15,1	14,8

CATT	FA			NB d'actes			Nb d'actes moyen par patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
UF/Pôle									
Pôle Grenoble Grésivaudan	245	197	188	2843	3025	2611	11,6	15,4	13,9
Pôle Drac Trièves Vercors	264	298	332	2745	2838	3409	10,4	9,5	10,3
Pôle Voironnais	327	311	291	6017	4997	4825	18,4	16,1	16,6
PLUS	244	378	410	2131	6996	7554	8,7	18,5	18,4
Pôle TSA	26	39	40	892	1116	674	34,3	28,6	16,9
Pôle infanto-Juvénile	833	828	798	22550	19006	17180	27,1	23,0	21,5
Établissement	1921	2025	2033	37178	37978	36253	19,4	18,8	17,8

UF/Pôle	FA			NB d'actes			Nb d'actes moyen par patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
3810 USN2	865	889	905	12234	11722	10287	14,1	13,2	11,4
9110 CSAPA	475	519	494	3770	3904	2990	7,9	7,5	6,1
Total	989	1071	1092	16004	15626	13277	16,2	14,6	12,2

Activités spécifiques	FA			NB d'actes			Nb d'actes moyen par patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
3227 CTAI			46			281			6,1
2634 EMLPP	112	82	69	985	670	568	8,8	8,2	8,2
2103 Equipe Réseau PGG	127	105	86	740	639	546	5,8	6,1	6,3
1910 EMAC PGG	16	24	18	371	778	694	23,2	32,4	38,6
2426 EMPSA PDT	90	156	185	425	1344	2209	4,7	8,6	11,9
4809 Equipe Réseau PDT	18	29	37	176	152	115	9,8	5,2	3,1
1115 EMPSA PV	121	108	109	703	744	633	5,8	6,9	5,8
2828 EMAC PV	24	40	25	1927	2660	1939	80,3	66,5	77,6
4577 SPMS	281	280	260	5604	4960	4502	19,9	17,7	17,3
4808 Réseau PV	10	51	66	60	207	316	6,0	4,1	4,8
4129 EMISS Sud	36	46	44	717	639	606	19,9	13,9	13,8
4136 EMISS Nord	13	16	27	289	789	1008	22,2	49,3	37,3
4578 EMIL	105	83	64	666	439	515	6,3	5,3	8,0
4626 AHL	1530	1280	1214	7346	5354	4812	4,8	4,2	4,0
4435 ASSTRIADE SUD	262	287	221	3415	3075	2429	13,0	10,7	11,0
4440 ASSTRIADE NORD	144	142	159	1845	1811	2145	12,8	12,8	13,5

Temps Partiel HJ	FA			Nb de venues			Nb de venues/patient		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1902 A. Rimbaud		1	2		31	2		31,0	1,0
1912 Cèdre	11	4		175	33		15,9	8,3	
2102 N. Mandela	60	61	55	3188	3186	2672	53,1	52,2	48,6
3332 H. Matisse	1	4	3	14	21	7	14	5,3	2,3
3336 UTACS		3			23			7,7	
3512 J. Prévert	1	3		1	4		1	1,3	
PGG	72	72	58	3378	3298	2681	46,9	45,8	46,2
2112 Charmeil	8	5	2	100	69	20	12,5	13,8	10,0
2312 Fodéré	3	4	1	10	4	9	3,3	1,0	9,0
2422 Cassiopée	162	103	105	4009	3439	3263	24,7	33,4	31,1
2512 Unité 104	1	3	5	55	4	75	55,0	1,3	15,0
2603 UPRA			2			23			11,5
PDTV	172	115	114	4174	3516	3390	24,3	30,6	29,7

2722 Debussy	29	24	12	783	668	234	27	27,8	19,5
2742 Kairos	4	6		283	395		70,8	65,8	
2922 Berlioz	26	29	15	700	900	497	26,9	31,0	33,1
3112 Cavell	21	26	8	810	741	125	38,6	28,5	15,6
2752 Séraphine		25	104		205	3931		8,2	37,8
PV	80	91	128	2576	2909	4787	32,2	32,0	37,4
3932 Petite enfance	27	24	25	1637	1619	1548	60,6	67,5	61,9
4312 Jenny Aubry	19	34	16	1824	1789	1715	96	52,6	107,2
4712 Coublevie	18	15	15	1371	1439	1342	76,2	95,9	89,5
3912 Fontaine	20	16	17	1957	1890	1754	97,85	118,1	103,2
3922 Perreau Ravier	23	17	16	2103	1947	1703	91,4	114,5	106,4
3942 Thiers	16	19	14	1683	1813	1344	105,2	95,4	96,0
5002 Espace Victor	27	25	23	2664	2934	2683	98,7	117,4	116,7
1942 Tony Lainé	16	15	2	232	282	10	14,5	18,8	5,0
4322 Roger Mises	27	19	20	1457	1094	780	54,0	57,6	39,0
4432 Interfas	5			26			5,2		
PIJ	185	174	143	14954	14807	12879	80,8	85,1	90,1
4546 Plateau ambulatoire		8	13		166	463		20,8	35,6
4122 HJ Jet	19	16	15	1575	1425	1330	82,9	89,1	88,7
4132 UJA	22	19	32	1503	1193	1382	68,3	62,8	43,2
4512 TSA Unité 3	5	6		122	83		24,4	13,8	
4532 TSA Unité 4	1	6		10	24		10	4,0	
4542 TSA Unité 2	3			65			21,7		
TSA	46	44	51	3278	2891	3175	71,3	65,7	62,3
4627 HJ addictologie	103	112	122	2044	2135	2143	19,8	19,1	17,6
4572 HJ réhab	215			1933			9,0		
Établissement (Hors USN2)	844	614	627	32337	29556	29055	38,3	48,1	46,3
	FA			Nb de venues			Nb de venues/patient		
UF/Pôle	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
3812 USN2	55	64	62	5338	5318	5280	97,1	83,1	85,2

Temps complet : HC

UF/Pôle	FA			Nb de séjours			Nb de journées		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1901 A. Rimbaud		177	159		195	192		8929	8668
1911 Cèdre	208	69		299	79		7727	1367	
1931 C. Claudel	213	222	190	266	257	225	8140	9080	9288
3331 H. Matisse	199	191	205	303	271	279	8757	8922	8652
3335 UTACS		59			76			1872	
3511 J. Prévert	212	208	203	311	350	317	8225	8898	9076
PGG	732	759	641	1133	1153	969	32849	39068	35684
2111 Charmeil	108	129	67	161	147	98	5320	4534	5358
2311 Fodéré	201	163	210	237	206	309	8881	7472	8825
2511 Unité 104	183	165	224	241	234	322	9236	8314	8895
2601 UPRA	11	30	42	13	43	48	867	4642	4767
PDTV	438	398	441	616	572	681	24304	24962	27845
2721 Debussy	161	182	205	216	245	271	7557	7585	7765
2741 Kairos	45	55		97	129		7839	5153	
2921 Berlioz	219	228	277	273	293	364	8786	8869	9076
3111 Cavell	247	268	247	355	364	326	9531	9517	9214
PV	577	618	614	886	954	900	33713	31124	26055
3521 Apex	887	899	916	953	1000	1010	4164	4372	4628
4611 G. Groddeck	302	321	348	399	426	457	5582	5618	5768
PLUS	1163	1199	1237	1340	1416	1448	9746	9990	10396
4511 TSA Unité 3	20	18	18	20	43	41	3414	4062	4243
4531 TSA Unité 4	16	9		16	18		2971	555	
4541 TSA Unité 2	15			40			2387		
PTSA	48	21	18	157	57	41	8772	4617	4243
1941 Tony Lainé	53	58	98	65	89	114	2835	2662	3081
Établissement	2244	2227	2232	3485	3458	3380	112219	112423	107304

Temps complet : HC

UF/Pôle	DMS			DMH			Nb de lits occupés		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1901 A. Rimbaud		45,8	45,1		50,4	54,5	0,0	24,5	23,7
1911 Cèdre	25,8	17,3		37,1	19,8		21,2	3,7	
1931 C. Claudel	30,6	35,3	41,3	38,2	40,9	48,9	22,3	24,9	25,4
3331 H. Matisse	28,9	32,9	31,0	44,0	46,7	42,2	24,0	24,4	23,7
3335 UTACS		24,6			31,7		0,0	5,1	
3511 J. Prévert	26,4	25,4	28,6	38,8	42,8	44,7	22,5	24,4	24,9
PGG	29,0	33,9	36,8	44,9	51,5	55,7	90,0	107,0	97,8
2111 Charmeil	33,0	30,8	54,7	49,3	35,1	80,0	14,6	12,4	14,7
2311 Fodéré	37,5	36,3	28,6	44,2	45,8	42,0	24,3	20,5	24,2
2511 Unité 104	38,3	35,5	27,6	50,5	50,4	39,7	25,3	22,8	24,4
2601 UPRA	66,7	108,0	99,3	78,8	154,7	113,5	2,4	12,7	13,1
PDTV	39,5	43,6	40,9	55,5	62,7	63,1	66,6	68,4	76,3
2721 Debussy	35,0	31,0	28,7	46,9	41,7	37,9	20,7	20,8	21,3
2741 Kairos	80,8	39,9		174,2	93,7		21,5	14,1	0,0
2921 Berlioz	32,2	30,3	24,9	40,1	38,9	32,8	24,1	24,3	24,9
3111 Cavell	26,8	26,1	28,3	38,6	35,5	37,3	26,1	26,1	25,2
PV	38,1	32,6	29,0	58,4	50,4	42,4	92,4	85,3	71,4
3521 Apex	4,4	4,4	4,6	4,7	4,9	5,1	11,4	12,0	12,7
4611 G. Groddeck	14,0	13,2	12,6	18,5	17,5	16,6	15,3	15,4	15,8
PLUS	7,3	7,1	7,2	8,4	8,3	8,4	26,7	27,4	28,5
4511 TSA Unité 3	170,7	94,5	103,5	170,7	225,7	235,7	9,4	11,1	11,6
4531 TSA Unité 4	185,7	30,8		185,7	61,7		8,1	1,5	0,0
4541 TSA Unité 2	59,7			159,1			6,5		
PTSA	55,9	81,0	103,5	182,8	219,9	235,7	24,0	12,6	11,6
1941 Tony Lainé	43,6	29,9	27,0	53,5	45,9	31,4	7,8	7,3	8,4
Établissement	32,2	32,5	31,7	50,0	50,5	48,1	307,4	308,0	294,0

Temps complet : HC

UF/Pôle	FA patients en SSC			Part des SSC sur la FA totale			Nombre de réhospitalisations		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1901 A. Rimbaud		106	79		59,9 %	49,7 %	-	18	33
1911 Cèdre	31	3		14,9 %	4,3 %		91	10	-
1931 C. Claudel	122	135	120	57,3 %	60,8 %	63,2 %	53	35	35
3331 H. Matisse	116	119	118	58,3 %	62,3 %	57,6 %	104	80	74
3335 UTACS		8			13,6 %		-	17	-
3511 J. Prévert	114	98	108	53,8 %	47,1 %	53,2 %	99	142	114
PGG	335	407	361	45,8 %	53,6 %	56,3 %	401	394	328
2111 Charmeil	59	73	45	54,6 %	56,6 %	67,2 %	53	18	31
2311 Fodéré	102	83	108	50,7 %	50,9 %	51,4 %	36	43	99
2511 Unité 104	102	89	106	55,7 %	53,9 %	47,3 %	58	69	98
2601 UPRA	4	12	22	36,4 %	40,0 %	52,4 %	2	13	6
PDTV	229	203	222	52,3 %	51,0 %	50,3 %	178	174	240
2721 Debussy	86	87	99	53,4 %	47,8 %	48,3 %	55	63	66
2741 Kairos	15	14		33,3 %	25,5 %		52	74	-
2921 Berlioz	77	103	136	35,2 %	45,2 %	49,1 %	54	65	87
3111 Cavell	120	118	116	48,6 %	44,0 %	47,0 %	108	96	79
PV	259	281	296	44,9 %	45,5 %	48,2 %	309	336	286
3521 Apex	351	395	392	39,6%	43,9%	42,8%	66	101	94
4611 G. Groddeck							97	105	109
PLUS	351	395	392	30,2 %	32,9 %	31,7 %	177	217	211
4511 TSA Unité 3	2	2	4	10,0 %	11,1 %	22,2 %	-	25	23
4531 TSA Unité 4	5	3		31,3 %	33,3 %		-	9	-
4541 TSA Unité 2	1			6,7 %			25	-	-
PTSA	8	3	4	16,7 %	14,3 %	22,2 %	109	36	23
1941 Tony Lainé	10	8	13	18,9 %	13,8 %	13,3 %	12	31	16
Établissement	833	886	877	37,1 %	39,8 %	39,3 %	1 241	1 231	1 148

Références bibliographiques

1. www.anap.fr/.../lorganisation-des-centres-medico-psychologiques-guide-de-bonnes-pratiques-organisationnelles/
2. **L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ EN ÎLE-DEFRANCE**
Marie-Pierre Pancrazi, Philippe Guinard et Catherine Isserlis « L'information psychiatrique » 2015/9 Volume 91 | pages 755 à 761 ISSN 0020
3. **MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIE, UNE VIEILLE HISTOIRE D'AMOUR A L'AGECSA... Dr Philippe Pichon** Ecrit par [la rédaction](#) sur 19/01/2019. Publié dans [publications USMCS](#)

Dr Philippe Pichon, médecin généraliste, Centre de Santé Associatif de Grenoble – Agecsa

Les centres de santé associatifs de Grenoble (Agecsa) ont aujourd'hui un peu plus de 45 ans. Et depuis le premier jour, un psychiatre a fait son nid au milieu des équipes de médecins généralistes. Depuis Jacqueline Henry jusqu'à Bruno Caron, cette présence a permis de développer une connaissance réciproque forte entre les médecins de premier recours et l'univers de la santé mentale. Confiance, compétence et respect sont les mots clefs de cette relation.

Un contexte

Pour nous, cela semble naturel et quand, lors du dernier congrès national des centres de santé, la publication de Coldefy & Grandé (2018)[1], qui rappelle la relation entre maladie mentale et troubles somatiques, est citée nous ne sommes pas surpris. Rappelons en effet quelques chiffres tirés de cet article : un malade mental a une espérance de vie réduite d'environ 15 ans par rapport à un patient qui ne l'est pas. Il a 4 à 5 fois plus de risque de mourir de causes externes c'est-à-dire de mort violente, et c'est là, à mon avis, essentiellement le rôle de la psychiatrie en association avec les autres acteurs de santé, que de maîtriser ce risque. Mais il a aussi 2 à 3 fois plus de probabilité de décéder d'une maladie cardiaque, digestive, respiratoire ou d'un cancer. C'est alors au tour du médecin généraliste que je suis de me sentir concerné au premier chef ! L'article de Coldefy & Grandé, montre aussi que ces patients ont de très grandes difficultés d'accès aux soins avec par exemple 2 fois plus de patients psychiatriques sans médecin traitant que dans la population générale... C'est alors l'acteur des centres de santé qui se sent interpellé.

En toute humilité, j'aime bien citer ces phrases du psychiatre Serge Kanas, qui dans un article

de la revue Pluriels publié en novembre 2011 écrivait que « le médecin généraliste, représente l'acteur sanitaire qui assure le plus et le mieux la détection précoce des troubles psychiatriques graves, il assure la détection et le traitement des troubles légers ou modérés, l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés. Il est aussi souvent mobilisé le premier en cas d'urgence que fréquemment il pressent »[2].

Mais si le médecin généraliste est ce pivot incontournable de la prise en charge somatique et psychiatrique des patients présentant une souffrance psychique ou une maladie mentale, il ne peut le faire seul. Il a besoin de s'appuyer sur les compétences de ses confrères psychiatres et des structures complexes de la psychiatrie institutionnelle. Dans un article que nous avons publié en 2011[3] nous avons ainsi montré que les médecins généralistes de l'Agecsa étaient confrontés à des questions de santé mentale dans 43% de leurs consultations. Mais nous avons aussi montré que, dans un peu moins d'un cas sur deux, nous estimions avoir besoin de nous appuyer sur des correspondants spécialisés... Nous étions impliqués mais pas isolés, à la recherche d'une pluri-professionnalité.

La place de la psychiatrie dans les centres de santé de Grenoble

A quoi ressemble donc notre modèle collaboratif Grenoblois... ? Il s'appuie depuis toujours sur un dispositif de soins partagés que nous pouvons appeler une « liaison-attachement »[4], dans lequel le psychiatre est immergé, « arrimé », dans nos équipes de soins primaires, partageant ainsi la réalité de nos patients, de notre structure, de notre territoire.

Le rôle de ce psychiatre est multiple. Il consulte et suit quelques patients. Mais surtout, il soutient la pratique des médecins généralistes,

en recevant pour des consultations d'évaluation des patients, qu'il oriente ensuite dans un parcours de soins adapté, ou qu'il ré-adresse au médecin traitant avec un avis ou des conseils. Il construit aussi des avis avec les généralistes sur des dossiers qui lui sont présentés par courrier ou de vive voix lors de temps d'échanges. Il conduit aussi des temps de co-vision d'équipe où toute l'équipe (médecins et secrétaires) partage ses difficultés dans la prise en charge de patients complexes. Parfois il participe à des consultations conjointes avec le patient et le médecin généraliste. Enfin, le psychiatre porte aussi la formation académique en psychiatrie des équipes en recueillant les souhaits et besoins de formation exprimés et en les organisant, éventuellement avec des partenaires extérieurs, cultivant ainsi le lien avec le réseau de soin.

Liens entre les médecins généralistes du centre de santé et les psychiatres du Centre Médico Psychologique (CMP)



Et ce travail de réseau, nous avons aussi essayé de le cultiver avec la psychiatrie publique. Comme nous l'avons exposé lors du dernier congrès national des centres de santé, cette collaboration entre les médecins des Centres de Santé de Grenoble et des CMP de leur secteur d'implantation est plutôt un succès, alors que le diagnostic est plutôt sombre en général.

Là encore la littérature est riche d'enseignements. Que ce soit dans des publications issues de la psychiatrie (Pr Hardy-Baylé – Pluriel – Nov 2011) ou des travaux de thèse plus proches de nos lieux d'exercice[5] ,

l'état des lieux n'est pas très engageant. Les termes qui reviennent le plus souvent pour évoquer la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres du service public, et cela est vrai dans les deux sens, sont : « inexistant », « insatisfaisants », « indigents », « défiance »... Cet état de fait a pour conséquence, pour les patients, des retards aux diagnostics et aux prises en charges adaptées, des ruptures des parcours de soins, des risques majorés de iatrogénie.

Dans la thèse soutenue en mai 2018 par A. Jacoud et I. Couvert, sous la direction du Dr B. Caron[6], psychiatre qui exerce à la fois au CMP mais aussi à l'Agecsa, les auteures décrivent les liens qui existent entre les médecins généralistes des centres de santé de Grenoble et les psychiatres des CMP, et démontrent la pertinence du dispositif en terme de qualité de la relation entre les professionnels et du retentissement pour le suivi des patients.

Ces rencontres régulières entre les deux équipes médicales, se déroulent au CMP, deux à trois fois par an. Chacun, généraliste et psychiatre, apporte les dossiers des patients suivis en commun, et expose sa vision de la situation du patient, présente les difficultés qui sont apparues dans son suivi. Ensemble ils essayent de comprendre les ressorts de ces difficultés et d'y apporter des solutions. C'est parfois le moment pour le psychiatre de transmettre la prise en charge d'un patient stabilisé à son médecin traitant. Il sait que si les choses étaient amenées à évoluer, le psychiatre pourrait lui venir en appui ou reprendre en charge le patient. Réciproquement c'est aussi le moment de confier un nouveau patient au CMP... Mais c'est aussi l'occasion d'échanger sur les pratiques des différentes équipes et de partager les visions des difficultés de nos institutions. En évaluant ce dispositif, les deux internes ont pu mettre en évidence le fait que la confiance, le respect, le sentiment d'un soutien réciproque, d'une réassurance sur les pratiques propres de chacun, d'un accroissement des compétences et de légitimité de la place de l'autre s'étaient ancrées chez les professionnels. Le bénéfice pour les patients a aussi été mis en avant avec la perception d'une prise en charge globale des personnes, d'une meilleure adhésion des

patients à leurs soins, d'une réduction des ruptures des parcours de soin et des perdus de vue, et d'une baisse de la iatrogénie. Mais le tableau n'est cependant pas parfait, les uns et les autres s'accordant à dire, que le rythme de ces rencontres qui s'est réduit au cours des années, du fait des contraintes budgétaires et organisationnelles pesant à la fois sur la psychiatrie publique et les centres de santé, mériterait d'être à nouveau renforcé.

Conclusion

On a donc pu montrer, au travers de cette expérience grenobloise, construite sur la durée avec détermination et patience qu'une « liaison-attachement » d'un psychiatre dans une structure de soins primaires et un lien

privilegié entre des équipes de centres de santé et de CMP, avaient un retentissement très favorable aussi bien sur la pratique des professionnels de santé que sur le bénéfice des patients pris en charge dans ces structures.

Au moment où dans notre environnement de santé ambulatoire, les notions de pluri-professionnalité, de parcours de soin, de virage ambulatoire, de coopération ville-hôpital, de communauté professionnelle de territoire de santé, sont en train de prendre racine, nous pensons qu'il est temps que notre modèle se renforce et se développe et puisse peut-être alimenter d'autres territoires.

Chapitre 03

Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques

CHAPITRE 03 – PROJET DE SOINS INFIMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICOTECHNIQUES

Le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques (PSIRMT), en cohérence avec le projet médical, constitue le projet de prise en charge des patients. Il est intégré dans le projet d'établissement qui définit, la politique générale de l'établissement (article L6143-2 du CSP).

Le PSIRMT 2016-2020, écrit par le précédent coordonnateur général des soins a été validé par la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et MédicoTechniques (CSIRMT) du Centre Hospitalier Alpes-Isère en avril 2016. Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2019-2023, une réactualisation du PSIRMT est réalisée sous forme d'axes stratégiques qui seront déclinés en fiches-actions en lien avec la CSIRMT. Cette mise à jour est construite simultanément et en cohérence avec le projet médical de l'établissement, le projet qualité et gestion des risques, le projet des bénéficiaires de soins, le projet socio-éducatif et le projet social.

Le PSIRMT définit donc les orientations de la politique de soins à mettre en place au CHAI, dans le but d'améliorer les pratiques soignantes, l'organisation des soins, la formation des paramédicaux et le management des équipes de soins.

Cette démarche projet s'appuie aussi sur les différentes visites externes dont le CHAI a été l'objet : le rapport de certification HAS V2014 (juin 2017 et janvier 2019), le rapport d'inspection ARS (avril 2018) et le rapport de constat du CGLPL (juin 2018). Cette évolution vient donc compléter certains axes, et en ajouter d'autres, sous forme d'objectifs à atteindre et d'actions à mettre en œuvre et à évaluer.

✦ LA PHILOSOPHIE ET LA CONCEPTION DU SOIN

Elle s'appuie sur des valeurs soignantes empreintes **d'humanisme, de respect et de bienveillance**. Dans cette dynamique, les axes de la politique générale des soins s'inscrivent dans la considération de la personne soignée, de ses droits et de ses libertés individuelles. La personne soignée est associée et mobilisée dans son parcours de soins. Son consentement aux soins est recherché, ainsi que son autonomie, son bien-être et sa sécurité.

Les activités de soins sont réalisées en équipe pluri professionnelle coordonnée, qualifiée, compétente et formée à la gestion des risques. La prédominance relationnelle du soin en psychiatrie au travers de différentes situations induit des **compétences spécifiques d'écoute, de repérage des besoins, de décodage et d'analyse de la demande en soins** pour permettre une réponse adaptée. En effet, **l'alliance thérapeutique** se construit dans le

temps et requiert l'instauration d'une relation de confiance mutuelle. Les soins en psychiatrie, s'inscrivent dans l'environnement familial, social, culturel et professionnel, ce qui implique une approche pluri professionnelle du parcours de soins. Ainsi, le **Projet Thérapeutique Individualisé** (PTI) construit en collaboration active avec le patient et les équipes médicales, soignantes et socio-éducatives, vient formaliser les objectifs à atteindre tout au long du parcours de soins. La traçabilité des écrits et des actes professionnels dans le dossier de soins, permet un suivi du parcours de soins par l'ensemble des acteurs.

Le professionnel de santé exerce ses missions dans une démarche soignante. La **relation soigné-soignant** s'accompagne de valeurs comme **l'empathie, la disponibilité et la confidentialité**. Ainsi, c'est dans le respect des

règles déontologiques et éthiques et de non-discrimination, que chaque professionnel du CHAI s'inscrit dans une **démarche d'évaluation et d'amélioration permanente de ses pratiques**, dans une organisation assurant la **sécurité et la continuité des soins aux patients**. Dans son processus de professionnalisation, le professionnel, à partir de ses aptitudes personnelles, de l'analyse de ses expériences et de son questionnement sur ses pratiques, pourra développer des compétences nécessaires pour garantir une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins du patient. De plus, le Développement Professionnel Continu (DPC) renforce le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, ainsi que l'amélioration des pratiques. La direction des soins prend part à l'élaboration coordonnée du dispositif DPC au regard des orientations et recommandations nationales.

Axe 1 – Accompagner les évolutions des pratiques professionnelles dans le parcours de soins du patient et promouvoir les droits des usagers

L'ÉVOLUTION DES DROITS DES USAGERS IMPACTE LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Objectif : Garantir les droits du patient, la qualité de sa prise en charge et sa sécurité dans les soins.

En s'appuyant notamment sur les recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et sur le règlement intérieur du CHAI, les conditions d'hospitalisation en psychiatrie sont basées sur le **respect des libertés individuelles** aussi essentielles que celle d'aller et venir, d'utiliser son téléphone portable ou de recevoir des visites. La charte de fonctionnement des unités a pour objectif de concilier les exigences de fonctionnement spécifique des services de

soins en psychiatrie au regard du respect des droits des patients.

Cette réflexion s'inscrit dans une dynamique institutionnelle forte d'ouverture des unités de soins. Ainsi à terme, l'unité de soins fermée de psychiatrie sera l'exception.

MIEUX PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES MOMENTS DE VIOLENCE DANS L'ÉVOLUTION CLINIQUE DES PATIENTS

Objectif : Réduire le recours et développer les alternatives à l'isolement et la contention.

Notre discipline, la psychiatrie, est interpellée sur les pratiques d'isolement et de contention dont la littérature professionnelle et scientifique, nous rappelle, que l'efficacité thérapeutique n'a jamais été démontrée.

En effet, diminuer son recours apporte des contreparties positives et permet entre autres, une diminution des durées de séjour et des traitements médicamenteux ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie au travail pour les soignants. Son utilisation pose alors question, dans notre système de soins où le respect du droit et de la liberté de la personne est une priorité.

Cependant, il existe des situations de violence d'une grande dangerosité imposant des mesures sécurisées pour le patient et le personnel qui prend soin de lui. Il est également des situations d'une extrême vulnérabilité qui imposent de mettre le patient à l'écart des autres. Un lieu contenant et sécurisant est alors parfois nécessaire pour certaines situations pathologiques.

Les journées organisées aux CHAI, fin 2018 et début 2019, consacrées au **moindre recours à l'isolement et à la contention**, ont permis un partage d'expériences externes et internes à l'établissement de santé, valorisant ses pratiques de prévention. Ainsi, le développement de ces différentes stratégies, à la fois dans le processus de prévention, d'anticipation, de recherche d'alternatives et de prise en charge des moments de violence, s'enrichit dans le mouvement engagé par la politique d'ouverture des unités, ainsi que par le partenariat avec les familles, les patients ressources et les associations des usagers.

Dans cette dynamique, quatre objectifs principaux, viennent guider le projet :

Objectif 1 : Renforcer l'accueil, l'information et l'intégration du patient dans l'unité de soins.

L'accueil fait partie intégrante du soin et a une incidence sur la suite du parcours. Un « savoir-être » professionnel spécifique est essentiel et nécessite une réflexion approfondie et continue en équipe.

En effet, la disponibilité de l'équipe, la posture du soignant, le recueil d'information en amont, la prise en compte des préoccupations du patient et des proches sont des principes déterminants pour l'adhésion aux soins. Autant d'éléments préalables à la mise en œuvre de la **fonction de contenance psychique**.

L'organisation de l'accueil mobilise l'équipe pluri professionnelle de l'unité afin que les conditions soient réunies pour un accueil de qualité. Ce moment privilégié permet l'identification anticipée des signes d'alerte et des consignes à appliquer en cas de crise. C'est aussi l'occasion d'informer le patient, si son état le permet, sur la possibilité de désigner une **personne de confiance** et de recueillir des informations nécessaires pour sa prise en charge. Il sera essentiel de proposer un temps de rencontre aux proches du patient dans les 72 heures.

Objectif 2 : Développer des espaces de socialisation, de discussions, communs et conviviaux au sein des unités de soins.

Il s'agit d'encourager la mise en place **d'activités occupationnelles** au sein des unités, afin de réduire l'ennui et de réguler l'angoisse des patients. Cela permet aussi de structurer la vie du patient dans l'unité de soins et de retrouver un rythme de vie altéré par les manifestations de la pathologie.

Il convient de repérer **des espaces neutres sécurisés** où le patient peut se ressourcer (salle de relaxation, d'apaisement ou de défoulement...) et d'envisager la possibilité de compartimenter les locaux pour éviter que l'agitation se diffuse.

Objectif 3 : Établir un guide des bonnes pratiques au CHAI, des techniques de soins mises en place dans la prévention et la gestion de la crise, à partir des éléments recueillis auprès des professionnels.

La formation des équipes à la **prévention et à la gestion des situations d'agressivité et de violence** sera déployée sur l'établissement afin que chacun des professionnels puisse en bénéficier.

L'analyse et la réflexion sur les pratiques professionnelles au regard du registre isolement et contention seront transmis à chaque pôle.

Objectif 4 : Améliorer la prise en charge du patient après la crise.

À ce stade de la prévention, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Les perceptions du patient sur l'épisode donnent lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.

Par ailleurs, un temps de reprise en équipe pluri professionnelle permet une **analyse de l'ensemble des facteurs de crise**. Il s'agira également d'identifier les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident. Ceci, même si le patient de l'unité a été isolé dans la chambre d'isolement d'un autre service.

Le lien et la transmission d'informations avec la personne de confiance et les proches sont toujours privilégiés. Une orientation des proches vers d'autres ressources est possible grâce aux rencontres avec les pairs-aidants et les associations de familles.

ÉTHIQUE ET PRATIQUES SOIGNANTES

Objectif : Travailler les questions éthiques rencontrées par les équipes soignantes dans leur pratique quotidienne.

Dans la continuité des journées organisées sur le thème « limiter le recours à l'isolement et la

contention » en lien avec le Comité d'Éthique, un **groupe de travail centré sur l'éthique et les valeurs du soin** est créé début 2019. Ce groupe, transversal et pluridisciplinaire, est ouvert à tous les professionnels du CHAI. Il est un lieu de réflexion, un espace de paroles, autour de situations concrètes du quotidien, ainsi que sur les valeurs communes qui donnent du sens au soin.

Axe 2 – Renforcer la complémentarité entre les professionnels pour un parcours de soins du patient coordonné

La coordination de la prise en charge du patient par les équipes médico-soignantes, la complémentarité entre les services cliniques, les soins de rééducation, les activités médicotéchniques et la collaboration avec les professionnels socio-éducatifs, permettent de garantir une organisation des soins qui répond au mieux aux besoins des patients.

La place de l'extrahospitalier, notamment des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et des Hôpitaux de Jour (HDJ), s'inscrit dans une évolution de la **coordination entre l'hôpital et la médecine de ville**, en consolidant la place du médecin généraliste et des professionnels de santé de proximité. Cette évolution montre une volonté de faciliter l'accès de tous aux soins, d'une part pour le repérage et une prise en charge précoce, en dehors de l'urgence, et d'autre part pour prévenir l'aggravation des troubles et de leurs conséquences sur la personne et sur son insertion sociale. Des entretiens infirmiers de suivi ou d'évaluation initiale seront proposés dans des maisons de santé en lien avec les médecins généralistes.

Il apparaît nécessaire de créer une nouvelle fonction spécifique pour optimiser la prise en charge du patient lors de son parcours à travers différents dispositifs de soins peu ou parfois mal articulés. Un soignant serait identifié comme **réfèrent unique** par le patient

concerné et permettrait notamment d'utiliser au mieux les ressources spécialisées du CHAI.

EXPERTISE CLINIQUE INFIRMIERE ET PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE

Objectif : Positionner l'infirmier de pratiques avancées dans les organisations de soins susceptibles de bénéficier de leurs compétences.

L'expertise clinique infirmière actuelle, garantit déjà l'observance, la continuité, la globalité et la qualité des réponses aux besoins des patients et de leurs proches. Cependant, les pratiques professionnelles restent relativement hétérogènes (prévention, éducation thérapeutique, urgences, suivi des situations chroniques, etc.) et sont, bien souvent, insuffisamment valorisées. Il convient déjà de développer au mieux **le rôle propre infirmier** et les compétences qui en découlent. L'article 119 de la loi de santé de 2016, crée un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales. L'infirmier est le premier métier pouvant développer ces pratiques. Les professionnels de santé mentale exercent déjà certaines formes de pratiques avancées mais dans un espace pas toujours sécurisé ni pour eux ni pour les patients. Cette nouvelle forme d'exercice permet notamment aux professionnels de développer des compétences relevant de l'activité médicale. Plus concrètement, **l'Infirmier de Pratiques Avancées** (IPA) assurera le suivi de patients confiés par un médecin, avec son accord et celui du patient. Il suivra le patient en fonction des conditions prévues et aura notamment la capacité, dans son domaine de compétences, de prescrire des examens complémentaires, de demander des actes de suivi et de prévention ou encore de renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales.

L'IPA contribuera aussi aux temps d'échanges et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il pourra revenir vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou dans le cas d'une dégradation de l'état de santé du patient.

L'arrivée du métier d'IPA dans les structures de soins, notamment extrahospitalières, va nécessairement engager une réflexion sur les organisations de soins permettant leur intégration dans un dispositif.

Quelles seront les activités possibles de l'IPA en psychiatrie ?

- L'organisation du parcours de soins du patient suivi, avec notamment la mission de coordination des interventions avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et éducatifs ;
- Un rôle de prescription, d'analyse de la pertinence du renouvellement et de l'adaptation de la posologie des médicaments (antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques) ;
- L'aide au repérage de l'évolution des troubles du patient suivi par les équipes médicales, paramédicales et autres professionnels ;
- L'adaptation du projet thérapeutique individualisé et l'accompagnement en fonction de la situation clinique.
- La prescription d'activités à but thérapeutique et de réhabilitation psychosociale ;
- L'examen clinique du patient présentant des troubles du neuro-développement, des troubles neurodégénératifs, des troubles du comportement, des troubles psychiatriques et des conduites addictives.

PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DU PATIENT

Objectif : Renforcer et harmoniser les pratiques de prise en charge somatique.

La **promotion des soins somatiques** des personnes atteintes de pathologies psychiatriques (notamment sévères et chroniques) est un véritable enjeu de santé publique. La prise en charge somatique intègre le recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale.

En effet, la vulnérabilité somatique de ces patients est accrue, par la surexposition aux facteurs de risques (effets secondaires des psychotropes, comportements peu favorables au maintien en santé), par les symptômes de la maladie psychique invalidants dans le processus du « prendre soin de soi » et par l'organisation des soins marquée par une certaine stigmatisation voire auto-stigmatisation. Les patients souffrant de ces troubles psychiques doivent pouvoir bénéficier de la prévention et du repérage précoce des pathologies somatiques.

L'hospitalisation complète constitue souvent une occasion pour qu'un bilan ou un diagnostic soit réalisé, qu'un début de suivi soit engagé. La collaboration de l'équipe soignante des spécialités médicales avec les unités de soins doit être renforcée afin d'améliorer la surveillance somatique. Une procédure sera mise en place afin d'harmoniser les pratiques de surveillance sur l'ensemble des unités d'hospitalisation complète du CHAI (groupe de travail médico-soignant). Elle sera mise en œuvre, notamment, lors de l'admission, durant l'hospitalisation, mais aussi dans les moments d'isolement avec ou sans contentions. La sortie du patient doit aussi faire l'objet d'une attention particulière pour transmettre les éléments du suivi somatique.

Lors du suivi en ambulatoire, l'amélioration du suivi somatique s'appuie sur différents axes :

- la référence infirmière au sein de l'équipe soignante du CMP assurant une vigilance plus particulière sur les soins somatiques des patients ;
- l'intégration du risque somatique dans le parcours de soins et la pratique quotidienne (choix des outils et actions à mettre en œuvre) ;
- l'amélioration du travail de collaboration avec les partenaires de la cité (CLSM), notamment les médecins généralistes ;
- la consolidation des coopérations existantes ou à développer.

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Objectif : Renforcer et améliorer la prise en charge nutritionnelle. Garantir la traçabilité de l'IMC.

Les patients porteurs de pathologies psychiatriques, sont plus à risque de développer des syndromes métaboliques ou de dénutritions. En effet, la prévalence des pathologies liées à la malnutrition et des troubles des conduites alimentaires nécessitent de coordonner et structurer les activités préventives, thérapeutiques et de formation dans ce champ d'activité. Le syndrome métabolique, l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les troubles occlusifs sont les maladies somatiques les plus fréquemment associées dans les troubles schizophréniques et bipolaires. Les personnes âgées et les patients présentant des troubles du spectre de l'autisme présentent aussi des risques de dénutrition.

Le **projet diététique de prise en charge nutritionnelle** s'organise autour quatre axes principaux :

- le contrôle hebdomadaire du poids des patients et le calcul de l'IMC par les infirmiers ;
- des repas de qualité adaptés aux besoins du patient hospitalisé au CHAI en collaboration avec le service diététique, le Pôle Ingénierie Logistique et Sécurité (PILS) et le CLAN ;
- une prise en charge individuelle par les diététiciennes pour les patients atteints de troubles nutritionnels ;
- un travail autour de l'éducation thérapeutique en diététique auprès de patients en intra ou en extrahospitalier.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Objectif : Garantir l'évaluation de la douleur, sa prise en charge et leur traçabilité.

La direction des soins s'engage dans **l'amélioration de la prise en charge de la**

douleur, qui reste un indicateur national de qualité des établissements psychiatriques. Un temps dédié infirmier et un cadre de santé copilote du processus qualité « douleur », animent avec son président, les séances du CLUD. Des échelles adaptées d'évaluation de la douleur sont intégrées dans le dossier de soins informatisé.

Le suivi des indicateurs nationaux de la prise en charge de la douleur est réalisé lors des évaluations des dossiers patients en lien avec le DIM.

PROJET THERAPEUTIQUE INDIVIDUALISE

Objectif : Formalisation du projet thérapeutique individualisé pour tous les patients.

L'évaluation soignante initiale (somatique, psychique et sociale) de l'état de santé du patient permet d'initier le **Projet Thérapeutique Individualisé** (PTI) du patient. Ce projet est élaboré et réajusté tout au long de la prise en charge. Il permet notamment la coordination entre les professionnels intervenant. Le PTI, qui doit promouvoir l'autonomie, la réadaptation, la réhabilitation et la réinsertion, est un outil de liaison permettant le suivi de l'histoire, l'évolution et les perspectives du patient de manière synthétique et ciblée. Il contribue à maintenir la continuité des soins et à éviter des ruptures de prise en charge. Il est aussi garant du lien entre l'hospitalisation complète et les soins ambulatoires.

Lors de la visite de certification V2014, les experts visiteurs ont mis en évidence que le PTI était peu formalisé. L'analyse de plusieurs événements indésirables a montré que lorsque le patient n'est pas concerté par la réflexion de son PTI, voire lorsqu'il n'a pas connaissance de celui-ci, ou encore la méconnaissance des professionnels de l'existence de ce projet. Alors que celui-ci doit permettre de donner du sens à la prise en charge des différents professionnels, et améliorer de ce fait celle-ci. Cela passe aussi par une amélioration de la traçabilité des données cliniques relatives à

chaque patient pour que les informations soient les plus complètes et les plus utiles possible.

De ce fait, le CHAI a missionné un groupe de travail pour créer un outil permettant l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé, en co-construction avec le patient.

HYGIENE HOSPITALIERE

Objectif : Améliorer la prévention et la lutte contre les Infections Associées aux Soins (IAS).

Le CLIN organise et coordonne les actions relevant de l'hygiène hospitalière par l'élaboration d'un **programme d'action annuel de prévention des IAS**, intégré au plan d'actions qualité et gestion des risques. Un représentant des usagers ainsi que du service qualité est présent au CLIN lors de la validation du programme d'action. En pratique, pour la mise en œuvre du programme, **l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène** (EOH) réalise notamment des formations, des informations, des protocoles, des conseils et aides à la mise en pratique, des audits.

Pour renforcer la mise en œuvre du plan d'action, la direction des soins et le CLIN ont validé le **projet de déploiement de correspondants paramédicaux en hygiène** (infirmiers, aide soignants), au sein des unités d'hospitalisation complète et des hôpitaux de jour. L'objectif est un partenariat entre le cadre de santé, responsable de l'hygiène dans son unité et le correspondant paramédical, afin d'être acteurs dans la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins. Tous deux seront en lien avec l'EOH. Les correspondants seront sollicités dans le cadre de leur mission pour être relais de formations ciblées/rapides (type serious game, chambre des erreurs, simulation), auditeurs occasionnels et relais de l'information auprès de l'équipe de soins. Une formation spécifique sera proposée aux correspondants hygiène et permettra à un plus grand nombre de professionnels d'être sensibilisés à la prévention des risques liés à l'hygiène.

De plus, le **repérage du risque hygiène à l'arrivée du patient** doit être amélioré. Ce repérage de risque s'intègre naturellement dans les temps d'accueil, afin de mettre en place des mesures préventives au plus tôt et d'éviter la découverte tardive d'un risque qui désorganise alors la prise en charge du trouble psychiatrique et parfois l'ensemble du service.

COLLABORATION AVEC LE SERVICE SOCIO-EDUCATIF

Objectif : Améliorer la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et social. Réduire les hospitalisations au long cours.

Le développement de la prise en charge du patient (parfois hospitalisé au long cours), en vue de la préparation à l'orientation dans le secteur médico-social et social, est un enjeu pour le **projet de vie, de socialisation et de réinsertion du patient**. La collaboration avec les professionnels du travail social est essentielle, afin d'accompagner au mieux, dans une démarche éducative et sociale globale, des patients et familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration ou d'insertion. Le développement de la place de l'éducateur spécialisé dans les organisations et son articulation dans les prises en charges sera privilégié.

ÉDUCATION THERAPEUTIQUE

Objectif : Renforcer l'éducation thérapeutique dans le processus de soins du patient.

L'éducation thérapeutique (ETP) accompagne la personne dans la compréhension de ses troubles psychiques et dans l'acquisition d'outils utiles et de compétences pour gérer ses difficultés au quotidien (affirmation de soi, techniques de communication, relaxation, méditation). Cette éducation participe à l'amélioration de la qualité de vie de la personne et contribue à son **rétablissement**. Elle prend en compte ses besoins, ses attentes et ses préférences, s'insère dans la stratégie

thérapeutique ; elle est ajustée tout au long de la prise en charge.

Les groupes d'ETP sont animés par une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, de psychologues, de médecins, de personnes impliquées dans des associations de patients ou patients-experts, de façon à donner l'information la plus juste et la plus adaptée à chaque cas.

Le développement de l'offre d'ETP au CHAI repose sur une volonté affirmée de l'établissement, sur un cadre théorique conforté par les conclusions de nombreuses études et sur le soutien des familles et des associations de patients ou de proches et des pairs-aidants.

PREVENTION DU SUICIDE

Objectif : Améliorer l'identification du risque suicidaire.

La **prévention du suicide** est un enjeu majeur de santé publique. Les patients porteurs de troubles psychiatriques ont un risque suicidaire majoré ; ce dernier doit pouvoir être repéré pour tous les patients pris en charge par le CHAI tout au long de leur parcours de soins, autant en intra qu'en extra hospitalier. Une collaboration médico soignante à travers un repérage à l'aide d'outils d'évaluation du risque et la mise en place d'actions de soin et de surveillance permet de prévenir les passages à l'acte suicidaire des patients à risque élevé. Ainsi, la mise en œuvre d'une procédure avec des outils adaptés et le renforcement de la formation des professionnels de santé font partie des priorités.

Axe 3 – Renforcer l'appropriation d'une culture d'amélioration de la qualité, de la prévention et de la gestion des risques liés aux soins par les professionnels soignants au sein des pôles

DONNER DU SENS A NOS ACTIONS DE SOINS POUR LE PATIENT

La direction des soins est impliquée dans la **politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins**. Membre du comité de pilotage de la qualité, elle est associée à la définition et au développement de la politique qualité de l'établissement. La CSIRMT est consultée sur cette politique ainsi que sur les axes du DPC. La direction des soins est également membre de la commission DPC ; elle participe aux choix des EPP et contribue à la définition de leurs priorités. Aussi, en lien avec la présidence de la CME, la direction des soins co-pilote le processus « parcours patient » du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'identification et le partage des valeurs professionnelles par les paramédicaux, dans les domaines de la qualité des pratiques soignantes et la prévention des risques liés aux soins, est un enjeu majeur pour nos patients. Cependant, le constat des différentes évaluations externes dont a fait l'objet le CHAI en 2018 montre clairement un manque de développement et d'appropriation d'une culture qualité dans les équipes de soins, ainsi qu'une difficulté dans le positionnement du cadre de santé au regard de sa mission de contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins.

Plusieurs objectifs seront déclinés en plan d'action en lien avec le service qualité, la présidence de la CME et le service formation.

Objectifs : *Accompagner chaque soignant dans l'appropriation de la démarche qualité et gestion des risques en lien avec la communauté médicale.*

Favoriser l'implication de l'encadrement du pôle dans la communication sur la qualité et la sécurité des soins au sein des pôles. Identifier et valoriser des actions qualité réalisées dans l'unité. Développer la méthode « patient traceur » au sein des pôles.

Identifier des personnes ressources référentes par pôles dans les champs de la qualité, de la prévention des risques et de la sécurité des soins.

Formaliser des outils de diffusion de l'information promouvant la gestion de la qualité.

Formaliser des outils de contrôle qualité et sécurité des soins dans les unités.

Améliorer l'analyse des déclarations des EI par l'encadrement au sein des pôles.

Mettre en œuvre des actions de formation dans le champ de la qualité et de la sécurité des soins, en lien avec le service de formation de type serious game, chambre des erreurs et audits.

Poursuivre la participation des professionnels paramédicaux à l'identification des risques liés aux soins a priori et a posteriori (cartographie des risques).

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Objectif : *Améliorer l'appropriation par l'ensemble des professionnels de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Renforcer la sécurisation de l'administration des médicaments.*

La direction des soins, en lien avec le groupe Sécurimed, s'est engagée dans **une action d'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament**, en limitant le risque d'erreur, par la préparation extemporanée de l'administration des médicaments en intra hospitalier.

Concernant l'extra hospitalier, des évaluations de pratiques professionnelles pilotées par Sécurimed, seront réalisées dans les CMP et les

HDJ. Elles porteront particulièrement sur les dotations, la gestion des traitements délivrés par l'hôpital et **l'organisation de la gestion des traitements personnels des patients** par les CMP.

La direction des soins collabore étroitement aux actions d'amélioration décidées par les pilotes du processus et le service qualité notamment, dans la formalisation du circuit d'informations et de communication, sur les travaux engagés par Sécurimed et le service qualité, auprès des équipes de soins (résultats d'audits, communication d'indicateurs et nouvelles procédures).

Axe 4 – Accompagner l'encadrement dans les missions de management et de développement de l'expertise des professionnels

Cet axe s'inscrit en référence au projet managérial de l'établissement. En particulier, sur l'accompagnement de la gouvernance par pôle pour une organisation transversale sur l'établissement et la facilitation des échanges sur les projets institutionnels. Mais aussi, pour une clarification des règles organisationnelles et managériales, et un renforcement du bien-être au travail et du sentiment d'appartenance.

ACCOMPAGNER L'ENCADREMENT DANS LES MISSIONS DE MANAGEMENT ET DANS LES EVOLUTIONS DES SECTEURS D'ACTIVITES

L'organisation de l'établissement en pôles d'activités clinique permet notamment la mise en œuvre de la politique d'établissement sur la base du projet médical et de soins. Le **cadre supérieur de santé de pôle**, garant d'une approche transversale, doit intégrer dans son management, l'action concertée des équipes intra et extra hospitalières, ainsi que la coordination avec les acteurs de soins primaires. Il doit veiller à développer les liens avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux, à conforter la place des représentants des usagers au sein des pôles, ainsi que les actions en faveur de la pair-aidance.

Des contributions de cadres de santé recueillies sur la plateforme dédiée pour l'élaboration du projet d'établissement du CHAI, indiquent certains axes de travail à développer dans notre organisation.

« Si je devais exprimer mes souhaits pour exercer ma fonction de cadre :

Je souhaiterais tout d'abord des règles de fonctionnement, des procédures institutionnelles claires, communes et accessibles facilement.

Je souhaiterais que les valeurs "travail" "respect" et "prendre soin" soient remises au centre des préoccupations de chaque professionnel et que le savoir-être au travail soit reprécisé.

Je souhaiterais plus d'équité où les professionnels investis seraient reconnus et les agents dysfonctionnant "recadrés".

La bienveillance au travail commence pour moi par la reconnaissance de l'investissement au travail.

Je souhaiterais un travail autour des champs de compétences de chacun afin que chacun œuvre dans le champ qui est le sien et que cessent les glissements de taches.

Je souhaiterais que le cadre de santé soit légitimé dans sa fonction et son pouvoir décisionnaire. Que les pouvoirs, dans le bon sens du terme, soient repositionnés.

Je souhaiterais être soutenue et écoutée institutionnellement dans mes décisions managériales.

Je souhaiterais être plus de temps sur le terrain et moins en réunion.

Je souhaiterais accompagner encore plus les professionnels que je manage, vers une démarche qualité.

*Sans vouloir manquer de respect à personne, juste à un constat que je me fais, je souhaiterais pour le CHAI qu'il évolue, qu'il réalise que les lois et les procédures sont les mêmes pour tous les établissements de la fonction publique hospitalière et qu'il faut vivre avec son temps, avec l'évolution des prises en charge. (...) »**

* Contribution des professionnels du CHAI.

« Je vois le rôle du cadre comme émancipateur au service de l'intelligence collective, accompagner les équipes à l'aide de différents outils coopératifs. Il serait là pour faciliter la parole, la prise de décision, la gestion des conflits et plutôt favoriser la convivialité ainsi que la solidarité. Solidarité qui n'est pas là pour compenser un éventuel manque d'effectif dans les services et qui à moyen terme entraîne de toute façon épuisement et burnout. »*

Objectif : Développer les compétences et réaffirmer le rôle clef de l'encadrement soignant dans la déclinaison de la politique d'établissement.

Un premier élément dans cet objectif, est la transmission, aux cadres supérieurs de santé et aux cadres de santé des clefs de lecture de la politique de santé. En effet, cette démarche est de nature à **favoriser les échanges, le développement d'une pédagogie autour des décisions prises et leurs déclinaisons à l'échelle des pôles**. Il permettra par exemple d'accompagner le déploiement de la future loi de santé et ses axes stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale. Le groupe des cadres supérieurs de santé porte des projets au sein des pôles, mais aussi au plan institutionnel. En ce sens, la dynamique collective, des temps communs d'informations et un positionnement comme acteur dans le pilotage de l'institution seront soutenus par la DSIRMT.

Les établissements de santé sont confrontés à des enjeux nécessitant des adaptations de leurs organisations, les cadres de santé sont des acteurs clés ; ils doivent être soutenus dans leurs **compétences managériales** pour la déclinaison et le relais de la politique d'établissement et de pôle au plus près du patient, au cœur des unités de soins intra et extra hospitalières.

Un **parcours de formation modulaire et personnalisé** est proposé à tous les cadres de santé avec pour objectif de développer les compétences clés, de fédérer le collectif cadre autour de principes managériaux communs et de définir sa fonction de manager de proximité

au regard du contexte évolutif et des changements.

Aussi, des formations sous forme de séminaire et de journées de conférences seront proposées chaque année à partir d'une thématique spécifique.

Objectif : Clarifier les règles institutionnelles de gestion pour l'encadrement et renforcer son rôle dans la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

L'établissement a l'ambition de poursuivre la **modernisation de ses pratiques** dans le respect des conditions techniques de fonctionnement et des référentiels de soins en lien avec les recommandations nationales et par la mise en œuvre du développement professionnel continu des professionnels de santé.

L'organisation et le fonctionnement des pôles cliniques et des pôles supports doit s'inscrire dans une logique institutionnelle garante du respect des règles de gestion et des dispositions réglementaires. Pour ce faire, un guide rassemblant les attendus, les règles institutionnelles, les outils de gestion des ressources humaines à destination des cadres sera mis en œuvre. Ceci sera en lien avec la déclinaison des postes de travail requis pour le fonctionnement optimal des différentes unités des pôles, ainsi que leurs maquettes organisationnelles. La mise en œuvre de la GPMC, va venir clarifier les attendus de chaque métier constituant l'équipe dont le cadre de santé a la responsabilité.

Les attendus pour les cadres concernant la qualité et la sécurité des soins, en termes de contrôle, de recueil, d'audit seront formalisés par la direction des soins et le service qualité.

Objectif : Accompagnement à la prise de poste de l'encadrement soignant.

Un accompagnement des cadres supérieurs et des cadres de santé lors de leur prise de fonction sera mis en place sous forme de **tutorat**, en complément du parcours d'intégration déjà organisé pour les cadres de santé.

ACCUEIL ET INTEGRATION DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS

Objectif : Renforcer l'intégration spécifique pour les paramédicaux exerçant nouvellement en psychiatrie.

Un dispositif d'intégration est instauré pour les infirmiers exerçant nouvellement en psychiatrie. Il comprend :

- une journée d'accueil et d'intégration

Présentation du projet de soins, des différents services du CHAI (service qualité, EOH, pharmacie...) et une sensibilisation à l'évaluation et prise en charge de la douleur. Une présentation détaillée du circuit du médicament est aussi réalisée.

- le tutorat infirmiers par les pairs

Le CHAI est engagé depuis 2006 dans un dispositif de **tutorat par les pairs** pour les nouveaux professionnels. Le renforcement et la pérennité de ce dispositif constitue un enjeu majeur de l'adaptation à l'évolution des pratiques, de la recherche de la qualité des soins, et du maintien des compétences spécifiques des infirmiers. Le tuteur apporte, entre autres, certains savoir-faire et savoir-être dans la gestion de situations difficiles avec risques de violence. Ce dispositif obligatoire et annoncé lors du recrutement, est piloté par un cadre supérieur de santé. Il comprend :

- un tutorat individuel : chaque nouveau professionnel bénéficie d'un bilan individuel avec un tuteur pour l'aider à évaluer ses besoins. Le tutorat est ensuite réalisé à la demande du tutoré ;
- un tutorat groupal : tous les nouveaux professionnels en psychiatrie sont inscrits dans un groupe organisé par un binôme cadre comprenant des tuteurs et des tutorés.

- des formations à la consolidation des savoirs et apports cliniques

Centrées sur leurs pratiques, ces formations permettent aux participants d'articuler leurs expériences de terrain et leurs réflexions avec les apports théoriques et techniques.

FORMATION ET ENCADREMENT DES ETUDIANTS

Objectif : Organiser l'accueil et l'encadrement des étudiants en stage.

L'établissement est un lieu d'apprentissage pour toutes les professions exercées en son sein. Les étudiants et élèves étant les professionnels de demain, il est de la responsabilité des professionnels infirmiers, rééducateurs et médicot techniques de transmettre leur expérience.

L'encadrement des étudiants et des élèves participe au développement de compétences collectives par l'échange et le questionnement qu'il suscite.

La formation de tuteurs et la collaboration avec les instituts de formation seront renforcées.

Conclusion

Le projet de soins porte les valeurs et les actions que les soignants mettent en œuvre en lien avec le corps médical et l'ensemble des professionnels intervenants auprès du patient. Il appartient à chacun, il engage tous les professionnels paramédicaux du CHAI dans la promotion de la bientraitance au travers d'une éthique et des valeurs de qualité des soins partagées.

Le projet de soins est un outil ayant pour ambition de valoriser le professionnalisme et l'expertise des soignants dans la réalisation des soins aux patients.

Dans le cadre de la démarche de suivi opérationnel du projet d'établissement, sa mise en œuvre fera l'objet de **fiches-actions** et son évaluation sera réalisée par le **comité de suivi**. Parallèlement à cela, la CSIRMT sera garante de la conduite des projets et de leur évaluation.

Chapitre 04

Projet socio-éducatif

CHAPITRE 04 – PROJET SOCIO-ÉDUCATIF

Le projet socio-éducatif est porté par la direction socio-éducative, des mandataires judiciaires et des coopérations. Il se fixe pour objectif principal de contribuer à une plus grande efficacité de l'action publique, à la recherche de cohérence entre les objectifs poursuivis, les acteurs impliqués, les ressources allouées et les structures d'actions.

Il doit permettre à chaque personne de tout âge souffrant de troubles psychiques et/ou d'une maladie psychiatrique avérée de trouver sa place, la plus autonome et citoyenne possible dans un environnement sociétal correspondant le plus à ses capacités et à son développement.

Il a pour ambition de contribuer, créer, développer, évaluer des projets, des accompagnements sociaux, éducatifs et des mesures de protection pour les personnes bénéficiaires en lien avec les acteurs de la cité, de manière lisible et articulée aux équipes de soins, au secteur du handicap psychique et au droit commun.

✦ LES OBJECTIFS

La politique de la Direction socio-éducative, des mandataires judiciaires et des coopérations s'inscrit autour de **quatre axes majeurs** :

- **Adapter les postures et les pratiques professionnelles** au contexte (national, institutionnel, bénéficiaire) ;
- **Gérer et animer des fonctions métier** transversales dédiées à l'accompagnement socio-éducatif et de protection des personnes concernées ;
- **Promouvoir et articuler une organisation interne réactive**, en favorisant la dimension collective et la qualité ;

- **Être force de proposition** sur l'ancrage territorial du CHAI dans le cadre des coopérations.

Pour chaque axe, les professionnels socio-éducatifs et du service des majeurs protégés sont mobilisés pour :

- Clarifier les rôles et les fonctions de chacun ;
- Contribuer à l'évolution des représentations réciproques ;
- Fluidifier les trajectoires des bénéficiaires ;
- Identifier l'offre disponible ;
- Créer des alternatives ;
- Proposer des espaces de résolution de problèmes ;
- Avoir une vision actualisée des contextes d'intervention.

✦ ÉTHIQUE ET VALEURS

Les **valeurs** représentent les fondements des accompagnements mis en œuvre par la direction socio-éducative et déterminent de manière lisible et cohérente les bases de toute action :

- **Confiance** : dans les ressources que les bénéficiaires peuvent développer, dans les équipes pluri-professionnelles, envers l'institution et les partenaires ;
- **Respect** : des bénéficiaires, des tiers ayant intérêt, des familles, des partenaires, des cadres législatifs et réglementaires existant ;
- **Équité** : sans distinction d'âge, d'appartenance religieuse, politique, ethnique, sociale ou géographique, les mêmes services sont offerts ;
- **Estime** : estime pour tous les corps de métiers impliqués ou sollicités, reconnaissance d'une expertise propre ;
- **Responsabilité** : prise de responsabilité dans les actions engagées, dans la réussite comme dans l'erreur, et remise en question afin de réajuster les interventions si nécessaires.

✦ ORGANISATION

L'organisation est le moyen de faire vivre des espaces de travail, de qualité, adaptables et lieux d'investissement privilégiés en période de changements et d'évolution rapides des pratiques.

La direction socio-éducative est déployée dans les pôles d'activité clinique par la présence :

- **d'assistants sociaux** : ces professionnels sont représentés au sein des structures de soins (hospitalisation complète et structures ambulatoires) ;
- **d'éducateurs spécialisés** : cette compétence, plus anciennement ancrée au sein du pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile (PIJ), tend à se déployer au sein de l'établissement avec la présence nouvelle au sein de l'unité d'hospitalisation complète du pôle des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) ou lors de prise en charge de patients complexes au sein des unités de psychiatrie générale et en ambulatoire ;
- **d'éducateurs de jeunes enfants** pour le pôle PIJ.

Afin de renforcer la **transversalité des prises en charge et d'éviter les ruptures de parcours de soins, des équipes réseaux** ont été constituées au sein des trois pôles d'activité de psychiatrie générale. La compétence sociale est présente dans ces équipes.

Lors de la **préparation de la sortie** d'hospitalisation complète, le travail de réseau est majeur avec l'articulation recherchée auprès des acteurs du maintien à domicile, des structures de droit commun (CHRS, maison relais, EHPAD, bailleurs publics...) et auprès des acteurs du handicap (MAS, FAM, foyers de vie...).

L'ensemble de ces fonctions métiers a une identité, une culture, une temporalité, des expertises propres, basées sur des références communes qui ne sont pas les mêmes que celles des acteurs du champ sanitaire. Pour autant, ces deux champs, **le soin et le travail socio-éducatif, sont interdépendants et doivent travailler de concert** dans l'intérêt des bénéficiaires, de leurs parcours, de l'ensemble des projets de vie.

En effet, il serait risqué d'établir une délimitation entre soin et social tant les

risques psycho-sociaux sont intriqués en ce qui concerne la psychiatrie et la santé mentale.

Le **croisement des savoirs et des pratiques** est donc essentiel pour répondre aux exigences sanitaires et sociales par l'élaboration d'un projet personnalisé individualisé où chaque expertise doit pouvoir s'exprimer.

L' inclusion des Travailleurs Socio-Éducatifs (TSE) dans les équipes pluridisciplinaires

Les TSE participent à l'élaboration d'un **Projet Personnalisé Individualisé (PPI)** des personnes concernées dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire en interdépendance avec le projet de soins.

Ils utilisent leur savoir d'expertise sociale et éducative et apportent une **vision globale de la personne**.

De plus, ils sont vigilants au **rétablissement** et à l'effectivité des droits des bénéficiaires. Leur mode opératoire comprend des **entretiens individuels et/ou collectifs, des visites à domicile et des visites sur site**.

Les TSE rencontrent le bénéficiaire sur orientation, à la demande d'un membre de l'équipe, ou à la demande d'un tiers ayant intérêt ou encore sur demande du bénéficiaire lui-même.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le TSE est autonome dans sa fonction pour émettre son avis, faire état de son expertise.

Le **plan d'aide** à mettre en œuvre par les TSE découle du projet établi en équipe pluridisciplinaire dans l'optique de consolider et développer des actions pluri-professionnelles par une prise en compte globale des personnes concernées dans une **logique recherchée de citoyenneté la plus adaptée possible**. En ce sens la sollicitation des réseaux de droit commun, des filières

spécifiques, dans une volonté de coordination et de médiation doit être priorisée. Dans ce cadre, l'échange et le **partage d'informations** sont nécessaires en accord et/ou après information du bénéficiaire sauf exception prévue par les textes.

Organisation matricielle et transversale

De manière pluri factorielle, de par la nouvelle loi santé, la direction socio-éducative **travaille avec les acteurs du territoire**. Le contexte du secteur médico-social et social, avec un nombre et une diversité importante d'établissements et de dispositifs, est, de plus, en forte mutation.

Le CHAI ne dispose pas de filière d'aval. L'implication au niveau du droit commun, des filières spécifiques au sens large, est donc requise.

Ainsi, force est de constater que le besoin d'aide et d'accompagnement se pose d'une manière aiguë pour les personnes cumulant des difficultés psychiques ou psychiatriques et des difficultés d'insertion sociale récurrentes. Que ce soit lorsqu'elles sont dans leur famille, pour leur admission, leur sortie d'hospitalisation, la carence de continuité dans les modalités de prise en charge, les exposent à des difficultés qu'elles ne sont pas en mesure de surmonter seules et ou leur entourage et les acteurs du territoire apparaissent seuls et démunis.

Cet état de fait a pour conséquence un manque de lisibilité, avec un défaut majeur d'articulation. Il impacte directement la fluidité des parcours de soins avec un engorgement du système dû aux situations, qui faute d'étayage, ont basculé du côté de la crise et qui fort de ces constats ne peuvent pas trouver une nouvelle inscription sociale.

Pour répondre à ces enjeux, le développement d'une identité et d'une posture professionnelle commune permet

l'essor d'une expertise métier actualisée et prospective. Des instances de travail collectif et spécifique en transversalité dans la direction socio-éducative sur un mode

participatif sont donc nécessaires au-delà des appartenances polaires.

✦ FOCUS SERVICE DES MAJEURS PROTÉGÉS (SMP)

La loi du 5 mars 2007 institue la protection des personnes vulnérables comme un devoir rappelé par l'article 415 du Code civil. Si elle est d'abord un devoir des familles, le législateur a mis en place à leur côté un dispositif de professionnels, composés d'associations, de mandataires individuels mais aussi de **mandataires judiciaires** à l'intérieur des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le code de l'action sociale et des familles organise l'activité de ces différents professionnels, précisant leurs compétences, obligations de formation, règles de fonctionnements et contrôle des autorités de tutelle.

Le CHAI répond à cette obligation d'apporter secours et assistance aux personnes les plus vulnérables de notre société en disposant au sein de l'établissement de mandataires judiciaires.

Le Juge des Tutelles peut ainsi désigner un mandataire judiciaire du CHAI (MJPM) si la situation le demande.

Le public

Le service rendu au sein de l'hôpital s'adresse prioritairement :

- **aux personnes hospitalisées ;**
- **aux personnes qui continuent après leur sortie à bénéficiaire d'un suivi ambulatoire ;**

- **aux personnes hébergées dans les établissements avec lesquels le CHAI a passé une convention.**

La fin du suivi devrait correspondre à l'arrêt des soins afin de sceller la guérison ou du moins la fin de la prise en charge hospitalière.

L'exercice des mesures de protection juridiques à l'intérieur des établissements hospitaliers est voulu afin d'offrir **un service de proximité** aux personnes hospitalisées, **de favoriser leur insertion sociale et de maintenir des liens.**

Les mandataires judiciaires, étant situés au sein du CHAI, bénéficient, de fait, d'une proximité avec le personnel de l'hôpital et ses usagers. Cette proximité est un atout puisqu'elle permet une meilleure interconnaissance des professionnels, et par conséquent une meilleure réactivité, assurant une continuité efficiente de la mesure.

Les mesures exercées

Les mesures exercées par le service des majeurs protégés sont limitées aux seules mesures de protection juridique : **curatelle, tutelle, mandat spécial.**

Le mandataire judiciaire met en œuvre les mesures de protection pour lesquelles il est nommé et dispose de l'indépendance d'exercice et d'expertise.

✦ PROSPECTIVES

1. DECLINAISON DU PROJET MEDICAL

En lien avec le projet médical, en déclinaison sur chaque pôle, **la répartition des effectifs et leurs missions propres devront être définies et formalisées en phase avec les évolutions institutionnelles.**

Cette répartition s'effectuera dans le respect des organisations, par groupe métier et en cohérence rapprochée avec les organisations territoriales d'administration et d'action sociale.

Le projet socio-éducatif est en cohérence avec la **stratégie nationale de santé**, et plus particulièrement sur ses axes **de lutte contre les inégalités sociales** et **d'accès aux soins**

ainsi que sur la nécessité de garantir la **qualité et la pertinence des prises en charge** dans l'élaboration de parcours coordonnés. L'enjeu majeur est d'intervenir dans l'élaboration des projets par la définition des plans d'aide en amont des ruptures, à partir de l'extrahospitalier, l'intra-hospitalier devant rester un outil de gestion de la crise.

L'exclusion (logement, travail, droits, scolarité...) rend complexe et périlleuse toute tentative d'inclusion future. D'autant plus, quand le nouveau point de démarrage est l'hospitalisation complète.

2. COOPERATIONS ET GHT

Plus de 60% des bénéficiaires pour lesquels les acteurs de la filière socio-éducatif sont sollicités relèvent du droit commun avec pour partie l'étayage de structures médico-sociales.

Axe 1 - Coopérations

Au titre du développement des **coopérations**, l'implication de la direction socio-éducatif au niveau du droit commun est à maintenir avec les partenaires du Conseil départemental, de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS), des communes, des associations.

Le travail engagé depuis 2010 a permis la **reconnaissance de la spécificité d'intervention socio-éducatif** au bénéfice des personnes accompagnées. L'émergence d'une véritable expertise métier, liant culture socio-éducatif et culture sanitaire, permet d'assumer une place d'acteur spécifique sur le territoire auprès des autres partenaires. Le développement des trois postes d'AS réseau a contribué amplement à honorer ce périmètre d'intervention.

Ce travail de coopération pourra se poursuivre par la réflexion autour de **l'amélioration de la gestion des périodes dites de latence** entre l'identification de la ressource attendue pour le bénéficiaire et sa disponibilité (place en structure, logement, etc.). Dans ce cadre, de nouveaux postes spécifiques de TSE pourraient être identifiés afin de développer l'offre auprès des partenaires et l'accompagnement des bénéficiaires en dehors du champ sanitaire.

De plus, pour faciliter l'accompagnement des parcours des patients complexes, continuer le travail de décroisement entre le secteur sanitaire et le médico-social et favoriser l'intégration de la compétence éducative dans la prise en charge pluridisciplinaire, le CHAI a formalisé un projet de **plateforme d'intervention éducative**.

Cette plateforme vise des objectifs multiples :

- **éviter la prise en charge de situation en urgence avec des moyens non-identifiés ;**
- **constituer une équipe experte dans la prise en charge éducative des situations complexes ;**
- **décloisonner la prise en charge des situations complexes** pour viser un objectif d'efficience dans les moyens mis à disposition.

Les patients/résidents concernés par cette plateforme d'intervention éducative présenteraient au moins un critère :

- de handicap et/ou de trouble psychique ;
- d'exposition à une situation de rupture ;
- d'absence d'un accompagnement médico-social adapté ;
- de besoin d'une réponse individualisée.

Cette plateforme s'articulera avec la **commission cas complexe**, commission interne à l'établissement et qui suit les situations les plus complexes identifiées et prises en charge en hospitalisation complète,

mais aussi avec le Conseil départemental et l'Agence Régionale de Santé dans le cadre du dispositif de **Réponse Accompagnée Pour Tous** (RAPT).

Un axe de vigilance sur **l'aide aux aidants** pour éclairer la complémentarité des interventions et les articuler, apparaît être une nécessité également.

Axe 2 - GHT

Tenant compte de la récente loi de modernisation du système de santé, dans le cadre de la constitution d'une filière handicap psychique entre les établissements du GHT concernés, le CHAI pourrait proposer de **coordonner la politique socio-éducative** de manière cohérente sur l'ensemble des accompagnements sociaux, éducatifs et de mesures de protection. Ceci représenterait un gage de lisibilité et de sécurisation des parcours au-delà de l'établissement, accueillant physiquement la personne concernée.

La question d'un **service des majeurs protégés unique** se pose et devra être travaillée en lien avec les partenaires.

Chapitre 05

Projet
qualité / gestion
des risques

CHAPITRE 05 – PROJET QUALITE / GESTION DES RISQUES

L'organisation de la politique qualité du CHAI est retracée dans le Manuel d'Assurance Qualité et Gestion des Risques (MAQ). Son but est d'être un support pour l'ensemble des activités de l'établissement et de les accompagner dans la réalisation de leur projet.

★ OBJECTIFS DE LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES AU SEIN DU CHAI

La note d'orientations stratégiques priorise la qualité et la sécurité des soins tout au long des parcours de soins territoriaux ou intra-hospitaliers.

La démarche d'amélioration continue de la qualité au Centre Hospitalier Alpes-Isère a pour principal objectif d'assurer la **qualité et la sécurité des soins** prodigués au plus près des attentes du patient et de son entourage, à toutes les étapes de sa prise en charge, dans le respect des valeurs de l'établissement : Professionnalisme, Respect, Écoute, Humanisme, Éthique et Bienveillance.

La démarche qualité s'inscrit dans une approche :

- **territoriale et de parcours** intégrant l'ensemble des acteurs œuvrant à la prise en charge du patient et de son entourage (structures de soins primaires, structures sociales et médico-sociales, structures sanitaires) ;
- **collaborative** favorisant la participation active des professionnels de terrain, des usagers et de leurs représentants (représentants et médiateurs-pairs) ;
- **préventive et de culture positive de l'erreur**.

La politique qualité et gestion des risques est structurée autour de cinq axes stratégiques.

L'établissement s'engage dans une politique visant à :

1 – Promouvoir la culture qualité

Promouvoir la culture qualité en accompagnant les professionnels dans les démarches « terrain » et en contribuant à l'enrichissement des pratiques.

La promotion d'une culture médico-soignante en matière de qualité et de gestion des risques est un axe fort de la politique qualité.

Le signalement d'évènements indésirables est un outil socle de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Chaque

professionnel de l'établissement, via la **Charte de confiance**, doit être incité à déclarer.

L'animation de cette approche multidisciplinaire repose sur des outils qualité formalisés et reconnus que sont :

- Revue Mortalité et de Morbidité (RMM) ;
- Analyse des évènements indésirables et indésirables graves ;
- Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ;
- Commission cas complexes (démarche s'inscrivant en lien avec la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)) ;
- Audit ;
- Patients traceurs ;
- Comité de Retour d'Expérience (CREX)...

Enfin, la définition de la mise en œuvre et l'évaluation de plans d'actions co-construits

doit être un outil d'aide à la conduite de changement.

2 – Associer les bénéficiaires de soins

Associer les bénéficiaires de soins dans la gestion de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre du renforcement de l'exercice de leurs droits.

L'association des bénéficiaires de soins passe par deux vecteurs importants :

- La **participation des bénéficiaires de soins** ou de leurs représentants dans les lieux de décision et de travail. Le développement de la compétence de pair-aidant au sein de l'établissement devra faciliter l'intégration de la représentation des usagers dans les projets qualité (patients traceurs, EPP...).
- L'évaluation régulière de la **satisfaction des bénéficiaires de soins** (enquêtes ponctuelles, questionnaires de sortie...) permettra d'adapter la prestation de l'établissement en conséquence.

« **L'expérience patient** » telle que définie par le Beryl Institute comme « *l'ensemble des interactions d'une organisation de santé avec un patient et ses proches susceptible d'influencer leur perception tout au long de leur parcours de santé, [...] interactions [...] façonnées à la fois par la politique conduite par l'établissement et par l'histoire et la culture de chacun des patients accueillis* » peut être également une démarche qualité à mobiliser pour améliorer la qualité de prise en charge des bénéficiaires.

3 – Développer une démarche de processus

Développer une démarche de processus afin de promouvoir une vision globale de l'activité.

La démarche de processus, telle qu'encouragée par la Haute Autorité de Santé (HAS), permet d'obtenir une vision transversale par thématique.

Si certains processus sont plus anciens et plus investis dans l'établissement (comme le management qualité et gestion des risques, le médicament), la politique qualité doit soutenir et encourager la mise en œuvre de nouveaux processus tels que la promotion des **alternatives à l'isolement et la contention**, la **qualité de vie au travail** et la maîtrise des risques psycho-sociaux ou la **logistique**.

4 – Construire une vision territoriale partagée

Construire une vision territoriale partagée en cohérence avec les projets du GHT Alpes Dauphiné, notamment dans la gestion des parcours et la promotion des actions de prévention (permanence et continuité des soins, parcours urgences).

Établissement spécialisé en psychiatrie, le CHAI est de plus en plus tourné vers l'ambulatoire. Il est donc naturel que la politique qualité et gestion des risques accompagne ce virage tant en impulsant une dynamique au sein de ses structures extra hospitalières qu'en élargissant et en intégrant les partenaires externes dans les espaces de travail.

5 – Communiquer

Communiquer régulièrement en interne aux professionnels les résultats de l'établissement dans leurs domaines respectifs, auprès des partenaires du CHAI et auprès des bénéficiaires de soins.

La promotion d'une démarche intégrative ne peut que passer par une communication interne régulière auprès de l'ensemble des professionnels du CHAI.

La définition, la mise en œuvre et l'analyse des **indicateurs qualité**, tels qu'ils ont pu être notamment intégrés au sein de chaque contrat de pôle, s'inscrivent dans cette démarche.

D'autre part, l'ensemble des outils de communication du CHAI (bulletin d'information qualité, site Intranet dédié, Actu' CHAI, rencontre des équipes des pôles dans les réunions de gouvernance des pôles) sont investis par le service qualité afin de renforcer

la visibilité des actions entreprises. Cela doit être un des outils d'appropriation par les acteurs des pôles et un temps pédagogique privilégié.

En parallèle, une dynamique de communication externe doit être initiée, pour communiquer auprès des partenaires et des usagers de l'établissement, les démarches

qualité engagées ainsi que les résultats obtenus.

L'établissement souhaitant s'inscrire dans une dynamique de transparence, l'accès aux résultats devrait être facilité par la mise en place d'espaces d'affichage accessibles aux bénéficiaires de soins dans chaque lieu de soins.

✦ MANAGEMENT DE LA POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

La politique qualité est définie par la Commission Médicale d'Établissement (CME), sous l'égide du président de la CME et en lien avec le COPIL qualité et gestion des risques.

Un Programme d'Actions Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) est défini et reprend l'ensemble des actions d'amélioration à mener identifiées par :

- les différentes **instances qualité de l'établissement** (cellule des événements indésirables, COPIL restreint qualité, Commission des Usagers, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de LUTte contre la Douleur, SECURIMED, CMDMS, Commission isolement et contention...);
- les différentes **démarches d'évaluation externes** auxquelles l'établissement participe (certification de la Haute Autorité de Santé, visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, inspection ARS...).

Afin de renforcer la démarche intégrative impulsée par le service qualité et déployer la culture qualité au sein des pôles, le projet d'établissement pourrait être l'occasion de mettre en place des **référents qualité au sein de chaque pôle et/ou filière** (soignante, socio-éducative, administrative, technique) qui auraient pour missions de :

- faire le lien entre les priorités au sein des pôles sur les actions qualité à

mener, les actions réussies et les difficultés rencontrées ;

- favoriser le partage d'expérience ;
- former sur les outils qualité mobilisables (patients traceurs, audit clinique...) en lien avec le service qualité.

Pour chaque pôle clinique, un contrat de pôle prend en compte des indicateurs qualité permettant ainsi de promouvoir la qualité et la pertinence des soins. Ces indicateurs définis, devront être en cohérence avec les indicateurs qualité annoncés dans le cadre de la tarification à la qualité et du CPOM (diminuer le taux de ré-hospitalisation à 15 jours de patients hospitalisés à temps plein, améliorer les indicateurs qualités pour les amener à une cotation B au moins, diminuer le nombre de patients hospitalisés plus de 272 jours sur l'année et le nombre de journées d'hospitalisation produites pour ces patients hospitalisés au long cours).

Des objectifs quantifiés, permettant d'évaluer la progression du CHAI par rapport à lui-même et par rapport aux établissements de sa catégorie, devront être définis et intégrés aux contrats de pôle. L'atteinte de ces objectifs sera évaluée annuellement lors du dialogue de gestion du pôle.

Afin de favoriser la lisibilité de cette politique, le nombre d'indicateurs qualité devra être limité à dix indicateurs maximum.

Chapitre 06

Projet des Bénéficiaires de soins et de leurs proches

CHAPITRE 06 – PROJET DES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS ET DE LEURS PROCHES

★ COMMISSION DES ASSOCIATIONS D'USAGERS (CDAU)

La Commission des Associations d'Usagers (CDAU) préfère le terme de **Bénéficiaires de soins** plutôt qu'Usagers. Il lui apparaît comme plus positif et dynamique. C'est le mot que les « patients experts » qui participent à la CDAU retiennent. Les bénéficiaires, s'appuyant sur les différentes lois votées, désirent évoluer de la passivité au dynamisme ACTIF et PARTICIPATIF.

Le CHAI a déjà placé depuis plusieurs années le Bénéficiaire au centre de sa démarche d'accueil et de soins. Il favorise l'expression des « **Droits des Usagers** », recueillie par le Chargé de Relations des Usagers qui assure le lien du

CHAI avec les Bénéficiaires. À la Maison des Usagers, sont programmées des permanences d'accueil animées par les associations.

L'écoute des Bénéficiaires et des familles est, donc, une priorité.

Le Projet des Bénéficiaires de soins 2019-2023 s'articule avec le projet médical et le projet de soins, en particulier.

L'objectif principal du projet des Bénéficiaires de soins est de défendre le « Droit des Usagers » qui s'articule autour de la proposition d'un « **parcours de vie sans rupture** ».

★ PARCOURS DE VIE SANS RUPTURE

Le projet des Bénéficiaires de soins 2019-2023 se décline en trois axes :

Axe 1 – La gouvernance

Associer les Représentants des Usagers (RU) à la gouvernance, aux différentes instances de réflexion, d'amélioration et de décisions du CHAI.

Conformément à la loi, une « **Commission des Usagers** » (CDU) se réunit régulièrement. Elle étudie, entre autre, l'ensemble des plaintes des Bénéficiaires.

Pour renforcer le rôle des Représentants d'Usagers, suite à la volonté institutionnelle de l'établissement, la CDAU a été créée en 2015. Elle se compose de quatre associations d'Usagers : K2 trouble bipolaire, RAPSODIE (Représentation et Actions des Patients en milieu Sanitaire et hOspitalier de Département de l'Isère), l'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de personnes malades et/ou Handicapées Psychiques), VELHP (Vivre

Ensemble Le Handicap Psychique). L'association Envol Autisme est en cours d'intégration.

La CDAU est partenaire direct du CHAI, force de propositions pour toute action contribuant à l'amélioration de la qualité du fonctionnement et des soins qu'il prodigue.

Les « Représentants d'Usagers », participent aux instances du CHAI : **Conseil de Surveillance, COPIL Qualité Vigilance et Risques, Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), Comité éthique et depuis 2018 à la commission Isolement et contention.**

Les « Représentants d'Usagers » expriment et rapportent les témoignages des Bénéficiaires et de leurs proches. Ils sont force de propositions et d'informations.

Axe 2 – Renforcer la place du Bénéficiaire de soins au cœur de son parcours

Renforcer la place du Bénéficiaire de soins au cœur de son parcours de soins

Accepter qu'il soit ACTEUR de son parcours de vie (qui inclut le parcours de soins)

Donner du sens à son parcours de soins

Cet axe exprime le désir, l'envie et le besoin du Bénéficiaire de s'impliquer, de se mobiliser dans les différents domaines de son environnement social dont le domaine médical. Cet axe est porté par la CDU en lien avec la CME.

LE PARCOURS DE SOINS :

L'accueil est essentiel. Il ne doit pas spécialement donner de l'information, il doit apporter chaleur et sécurité tant aux Bénéficiaires qu'aux familles. Le parcours de soins est constitué de diverses étapes. Le Bénéficiaire quel que soit son statut social, à l'abri de toutes discriminations, sera associé et mobilisé tout au long de son parcours de soins. Il sera informé au plus tôt de son **diagnostic** et de son **traitement** qui lui seront **expliqués et communiqués**. Aucun soin ne peut être imposé ou administré à un Bénéficiaire à son insu (droits des patients). Son dossier médical lui sera accessible.

Une personne de confiance sera désignée par le Bénéficiaire. Elle l'accompagnera dans des démarches de santé, y compris les consultations médicales. Elle transmettra également ses volontés.

Le Bénéficiaire sera respecté dans son **« pouvoir d'agir »** ou « empowerment » (définition dans le glossaire).

La crise est un moment d'extrême angoisse pour le Bénéficiaire (on le sait peu) que ce soit dans les phases de dépression ou de manie. C'est aussi un moment d'angoisse pour le proche. Il faut une infinie douceur et une infinie bienveillance pour accueillir cette extrême

douleur, tant de la part des professionnels de santé que de la part de l'environnement social. L'accueil se poursuit et les professionnels répondront aux questions du Bénéficiaire, expliqueront la maladie, le handicap, le « Droit des Usagers » tout au long de sa prise en charge et de son accompagnement.

La mise à disposition de documents d'information (livret d'accueil, plaquettes...) sera organisée.

La formation des professionnels à la communication avec le Bénéficiaire et sa famille sera soutenue et encouragée.

Il sera impératif d'encourager le Bénéficiaire à être ACTEUR de son parcours de soins. Il doit lui être expliqué les effets de sa médication pour qu'il participe à l'élaboration de son projet de soins. **Sa sortie d'hospitalisation** sera préparée et envisagée dès l'entrée à l'hôpital.

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE :

L'éducation thérapeutique viendra renforcer le pouvoir d'agir du Bénéficiaire, elle concerne les proches également et s'inscrit dans le processus de « rétablissement » du Bénéficiaire (définition dans le glossaire).

LA BIENTRAITANCE :

La bientraitance est en permanence recherchée dès les entretiens d'accueil avec le personnel soignant avec une attention particulière lors de la préparation à la sortie d'hospitalisation. Les transmissions aux proches sont privilégiées.

Le manque de coordination entre soignants, professionnels, familles et proches induit systématiquement des ruptures.

Isolement et contention doivent être des pratiques à proscrire ou d'extrême recours.

LES GROUPES DE PAROLE :

Les groupes de parole ont fait leur preuve, ils seront donc développés aussi bien auprès des Bénéficiaires que de leurs proches. Ils sont des lieux d'écoute, d'informations, de sensibilisations, de formations, d'explications et de partage d'expérience.

LE REFERENT DU PARCOURS DE VIE :

Afin d'éviter les ruptures, la fonction de référent de parcours de vie doit être identifiée et créée. Les Représentants d'Usagers préconisent que ce référent ne soit ni soignant ni aidant mais formé pour coordonner tous les aspects de la vie du Bénéficiaire, entre autres, la prise en charge de sa maladie et son rapport à l'ensemble de son environnement social. Il doit être tiers entre tous les partenaires des différents secteurs.

COMMUNICATION INTRA ET EXTRA

HOSPITALIERS :

La sortie d'hospitalisation et le projet de sortie font partie du parcours de soins qui est inclus dans le parcours de vie. Ils sont évoqués le plus tôt possible. Cela facilite la stabilisation et évite les ré-hospitalisations. Les transmissions et coordinations avec les services extrahospitaliers seront préparées et anticipées, les changements pouvant provoquer des rechutes et déstabiliser le Bénéficiaire. Elles demandent vigilance et souplesse pour éviter la rupture du parcours de soins.

Axe 3 – Développer la pair-aidance en santé mentale

La pair-aidance est une notion d'entraide entre les personnes souffrant d'une pathologie psychique.

Elle passe par le partage de vécu d'expériences et par le parcours de rétablissement d'anciens patients, auprès des personnes souffrant de maladies psychiques.

Les Bénéficiaires se trouvent ainsi apaisés, compris et découvrent l'espoir d'une ouverture dans leur vie. La communication et l'échange

entre Bénéficiaires et pair-aidants sont favorisés par l'empathie réciproque.

Cette nouvelle pratique a fait ses preuves et a obtenu des résultats notoires. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constituent les principes fondamentaux de la pair-aidance en santé mentale.

Le partage d'expérience et l'entraide induisent des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques, ou de troubles psychiatriques associés au TSA, notamment en permettant de rompre l'isolement en apprenant à vivre avec la maladie ou son handicap. La pair-aidance a une vocation de réhabilitation psychosociale et vise à permettre à l'individu de sortir du statut de « patient » pour devenir ACTEUR de son rétablissement. La relation entre pair-aidant et le Bénéficiaire facilite sa reprise de pouvoir sur la vie et son rétablissement. Cette relation participe à réduire la stigmatisation.

En pratique, le pair-aidant partage avec ses pairs les expériences personnelles qui l'ont mené au rétablissement ainsi que des outils qu'il a lui-même expérimentés. L'exemple de l'état de santé et des capacités d'un pair ayant l'expérience du rétablissement permet à la personne de reprendre confiance en son potentiel. Il permet de sortir de l'isolement pour participer à la vie sociale.

C'est une démarche d'empowerment aussi bien pour le pair-aidant que pour le pair-aidé.

« La pair-aidance permet de faire entrer la psychiatrie dans la communauté et la communauté dans la psychiatrie, comme l'a recommandé l'OMS lors de sa conférence européenne de 2006 ».

Les médiateurs pairs seront reconnus par les professionnels du CHAI. L'établissement facilitera leurs actions, soutiendra, promouvra et financera leur formation.

Riche de l'expérience, déjà pratiquée au CHAI, le centre hospitalier se mobilisera pour la création de postes de médiateurs-pairs.

✦ GLOSSAIRE :

PAIR-AIDANCE, RETABLISSEMENT, EMPOWERMENT

Le médiateur pair

« Le médiateur pair en santé mentale doit être en rémission complète de sa maladie. Il a en tête les symptômes de ses troubles psychiques. Il connaît bien les systèmes de soins ainsi que l'environnement familial et social du Bénéficiaire.

La notion de « rétablissement » est essentielle dans sa pratique professionnelle, tant pour lui que pour le Bénéficiaire.

Le médiateur-pair doit disposer d'un recul pour se préparer au partage de son expérience avec la maladie.

Son « rétablissement » est incontournable surtout face à la difficulté de la confrontation permanente à son passé pathologique et au vécu des Bénéficiaires. Le médiateur de santé-pair doit également se donner (ou son établissement doit lui donner) les moyens de garder la bonne distance avec les Bénéficiaires, ce qui n'est pas évident et qui nécessite recul et expérience (supervision). »

Le rétablissement

« Le rétablissement est une démarche personnelle et unique.

C'est la participation du Bénéficiaire à son propre soin par la connaissance et l'acceptation de sa maladie, des traitements connexes, des troubles résiduels et du reliquat des effets physiques et psychiques que lui occasionne sa pathologie.

Le rétablissement découle de l'empowerment et du pouvoir d'agir. »

L'empowerment

« L'empowerment, au niveau de la maladie psychique, consisterait à agir sur la résistance sociale, la faire évoluer pour faire émerger un système de valeurs, plaçant le malade psychique dans un rôle d'acteur social.

L'empowerment est la condition du rétablissement. Il est nécessaire de créer de nouveaux critères sociaux pour donner les conditions de l'impulsion du pouvoir d'agir des Bénéficiaires. Le rétablissement suppose, donc, une modification de l'environnement social et une proposition d'un nouveau paradigme.

On ne peut pas se rétablir si l'environnement ne le permet pas.

Cela concerne, donc, tous les niveaux de la société : celui du malade psychique qui doit prendre conscience qu'il doit s'affranchir des valeurs sociales qui lui désignent sa place. Le deuxième niveau est celui du corps médical investi d'un pouvoir social qui sera nécessairement remis en cause. Le troisième, celui des proches, des médiateurs-pairs et des formateurs qui doivent mettre en œuvre des protections pour ne pas véhiculer les valeurs sociales qui annihilent le « pouvoir d'agir » du Bénéficiaire. »

Définitions validées en CDAU dans sa séance du 11 avril 2019.

Chapitre 07

Projet de
psychologie

CHAPITRE 07 – PROJET DE PSYCHOLOGIE

Un premier écrit des psychologues du CHAI (« Éléments pour un projet de psychologie ») avait été élaboré en 2016 comme finalisation de l'expérimentation de la Structuration Institutionnelle de l'Activité des Psychologues (SIAP) et avait abouti en particulier à la structuration institutionnelle d'une représentation des psychologues en bureau. Des bases avaient été posées en s'appuyant sur la circulaire de 2012 ([circulaire N° DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012](#)), sur la fiche psychologue du répertoire des métiers ainsi que sur le Code de déontologie des psychologues. Cet écrit, ainsi que le PowerPoint qui en a été extrait, ont été présentés à la Direction et aux différentes instances, et en particulier à la CME, aux cadres supérieurs de santé en septembre 2016.

Le projet de psychologie 2019-2023 a pour vocation de s'inscrire pleinement dans [le projet d'établissement](#).

✦ RAPPEL DE QUELQUES POINTS ESSENTIELS DES « ÉLÉMENTS POUR UN PROJET DE PSYCHOLOGIE » (2016)

La volonté des psychologues de s'organiser institutionnellement, par l'intermédiaire d'un bureau élu par une assemblée générale des psychologues, avec plusieurs objectifs :

- une fonction de représentation de l'ensemble des psychologues dans leur diversité,
- une fonction d'interlocuteur entre la direction, les chefferies de pôle et les psychologues,
- une présence dans certaines instances du CHAI,
- la participation à l'écriture des projets d'établissement et de pôles,
- une participation aux évolutions/réflexions de l'hôpital.

Le positionnement du statut des psychologues dans la filière « social – éducatif – psychologie », en dehors de la filière de soins ou paramédicale.

La deuxième version du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière a été finalisée en 2008.

Afin de mieux prendre en compte les spécificités de l'intervention des psychologues, la **fiche métier du psychologue hospitalier** a été révisée.

Trois axes ont présidé à cette révision :

- L'inscription des psychologues dans une famille « social – éducatif – psychologie » permettant de reconnaître la spécificité de leur intervention dans le FPH ;
- La description de leurs activités selon trois axes rendant compte de leur rôle au sein de l'institution hospitalière : activités cliniques auprès du patient, activités cliniques institutionnelles, formation-information-recherche ;
- La réintroduction de la psychothérapie au cœur de l'activité du métier des psychologues hospitaliers (circulaire N° DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière).

À ce titre, deux psychologues du CHAI sont engagés avec la Direction sur cette réflexion dans le cadre d'un comité de pilotage des Gestions Prévisionnelles des Métiers et des Compétences (GMPC).

La référence hiérarchique au Directeur du CHAI et par délégation, une référence hiérarchique à la DRH.

« Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art » (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 13).

La référence fonctionnelle par délégation au médecin chef de pôle et/ou chef de service.

« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. » (Ibid)

Le libre choix des outils d'évaluation et des méthodes thérapeutiques.

« Dans le cadre de sa compétence professionnelle, le psychologue décide et répond personnellement du choix et de l'application des méthodes et techniques qu'il conçoit et met en œuvre et des avis qu'il formule. Ainsi, le psychologue est le seul habilité à disposer du choix de son cadre de travail auprès des patients avec lesquels il est engagé. » (Code de déontologie des Psychologues, 1996)

Le libre choix du travail personnel dans la cadre de la fonction FIR.

« Le temps FIR est une fonction indispensable à un exercice optimisé des missions... Cette démarche peut prendre plusieurs formes :

- Un travail d'évaluation prenant en compte la propre dimension personnelle du psychologue, effectué par toute méthode spécifique librement choisie,
- Une actualisation des connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique,
- Une participation, impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche. »

(Circulaire N° DGOS/RHSS/2012/181 du 30 avril 2012)

La référence commune au Code de déontologie des psychologues.

✦ DIVERSITE DES PRATIQUES CLINIQUES DES PSYCHOLOGUES DU CHAI

La description des pratiques cliniques des psychologues et de leurs orientations actuelles fait apparaître une grande diversité.

La diversité est une composante historique de la psychologie clinique. Il y a toujours eu plusieurs approches qui se sont côtoyées, parfois affrontées, mais aussi enrichies. La psychologie clinique s'est construite historiquement sur une rencontre entre plusieurs courants de la psychologie dès le début du 20^{ème} siècle. La rencontre entre la

psychanalyse, la psychologie sociale et la psychologie expérimentale a permis l'émergence du métier de psychologue clinicien peu après les années 1940. La psychologie clinique est alors définie comme « une discipline psychologique basée sur l'étude approfondie des cas individuels » (Lagache 1949). Lagache affirme aussi : « *Seule l'investigation clinique sous diverses formes, avec la psychanalyse, la psychologie sociale, l'ethnologie, peut fournir une vue suffisamment compréhensive des conduites humaines* ».

Par la suite, les thérapies systémiques, cognitives, comportementales et émotionnelles, la psychologie positive, la neuropsychologie sont venues compléter cette diversité.

Nous voulons actuellement présenter **la pluralité de nos orientations comme développement logique et cohérent** de ces différents points de vue. Ces approches diverses peuvent parfois apparaître comme contradictoires. Elles n'en témoignent pas moins du réel du soin que le patient va rencontrer dans son parcours.

La mise en avant **des parcours individuels de soins** est une manière de travailler le lien entre

des approches cliniques nécessairement diverses.

Nous devons éviter l'écueil consistant à réduire des compétences spécialisées en les assignant à certaines populations ou symptomatologies spécifiques.

Le psychologue garantit une écoute clinique et un accompagnement thérapeutique du patient en tenant compte de l'ensemble de son vécu. Il assure, pour le patient et/ou sa famille, autant que pour les équipes, une observation au niveau psychopathologique et une analyse clinique de la situation dans sa globalité.

★ CLINIQUE INSTITUTIONNELLE

Nous souhaitons développer la dimension institutionnelle du travail des psychologues, en participant aux différents niveaux de réflexion institutionnelle, dans les lieux de soins, dans les pôles et aussi dans les différentes instances ou commissions de l'établissement.

Nous souhaitons concrètement mettre en avant les questions institutionnelles sur lesquelles les psychologues travaillent en promouvant des logiques de **réflexion collective** sur des perspectives d'avenir en lien avec les difficultés cliniques et institutionnelles constatées.

Il s'agirait dans cette proposition de :

- **s'associer avec tous les professionnels** hospitaliers concernés, et en particulier avec ceux qui sont engagés dans le travail clinique quotidien,
- **prendre en compte les problématiques actuelles** liées aux évolutions sociétales et/ou aux politiques de santé,
- **favoriser la créativité individuelle** et collective des acteurs de terrain.

Il y a au moins deux niveaux de réflexion et d'action institutionnelle pour chaque psychologue :

Le niveau du service, de l'unité, de l'équipe avec ce que chaque psychologue met en place, en lien avec ses collègues des autres professions.

Le niveau du projet d'établissement décliné en projets de pôle, avec l'action du bureau des psychologues mandatés par l'ensemble des psychologues qui met en place des groupes de travail sur certaines thématiques institutionnelles transversales.

De par leur formation, les psychologues sont amenés à assurer un certain nombre de missions communes avec les médecins avec lesquels ils travaillent en collaboration :

- en direction des patients et de leur famille : entretiens d'accueil, évaluation diagnostique, orientation clinique, suivis psychothérapeutiques individuels ou de groupes, thérapies familiales...
- en direction des équipes impliquées dans le soin : animation de réunions cliniques, groupes de travail...

Cependant il est important de resituer les fonctions des psychologues au sein du **cadre institutionnel** d'un hôpital spécialisé en psychiatrie afin de pouvoir envisager les

possibilités et les limites du déploiement de leurs fonctions.

Ainsi, afin de faciliter une meilleure connaissance et représentation du fonctionnement institutionnel du CHAI, le **bureau des psychologues organise un temps d'accueil annuel des psychologues nouvellement arrivés** dans l'établissement. Lors de ce temps d'accueil, le Directeur du CHAI ainsi que le DRH sont présents.

Les psychologues participent à la **réflexion éthique** au sein de l'établissement (groupe d'éthique clinique).

Le cadre institutionnel et l'organisation des soins au CHAI sont fondés sur un projet d'établissement appuyé lui-même sur un projet médical. Ce cadre est le garant du bon

déroulement du parcours de soins du patient dont le médecin a la charge.

- Le médecin porte la responsabilité médicale du parcours de soins du patient dont il est référent. La Direction générale de l'hôpital ainsi que le médecin référent de la situation en sont les garants.
- Le psychologue inscrit son action dans ce cadre prédéfini. Il choisit ses outils et ses modes d'intervention.
- L'accompagnement psychologique d'un patient s'inscrit dans son parcours de soins, en collaboration et en appui sur le médecin référent.
- Le psychologue intervient d'autre part dans la coordination clinique des parcours de soins. Il est un artisan de la parole et du lien.

✦ DISPOSITIFS DE SOINS PSYCHOLOGIQUES ASSOCIES AUX THEMATIQUES DU PROJET D'ETABLISSEMENT POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

La concertation avec l'ensemble des psychologues a permis de recueillir des informations concernant des projets ou dispositifs. Certains existent déjà depuis quelques années, d'autres sont en cours d'élaboration/construction. La démarche se poursuit et d'autres réflexions et dispositifs existant au sein du CHAI seront présentés ultérieurement.

1. LE TRAITEMENT DES DEMANDES DANS LES STRUCTURES DE SOINS

Depuis plusieurs années, les CMP doivent faire face à une recrudescence des nouvelles demandes avec des effectifs constants au sein des équipes pluridisciplinaires et un manque croissant de personnel médical. Le traitement des nouvelles demandes, notamment en services ambulatoires, nécessite de penser avec le corps médical une réorganisation de l'accueil du suivi des patients.

Les entretiens d'accueils ou entretiens dits de nouvelles demandes

Dans certains services, ce sont les **psychologues qui peuvent proposer ces entretiens** :

- En effet, la fonction de psychologue permet d'assurer un **espace d'écoute et d'évaluation clinique de la situation psychique et**

environnementale du patient. Ce recueil d'éléments permet d'établir dans un premier temps un état des lieux de l'équilibre psychologique du patient et de sa famille, afin d'envisager, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire et le médecin de l'unité, les besoins d'accompagnement dont pourraient bénéficier le patient et sa famille.

- Ces entretiens d'accueil peuvent être réalisés par le psychologue seul ou par

le psychologue en binôme avec un autre professionnel (infirmier, assistante sociale...), selon le dispositif et selon les demandes⁹.

Le psychologue peut être **sollicité sur la question du diagnostic, faciliter et contribuer à l'évaluation diagnostique** dans le parcours de soins du patient afin d'adapter les soins psychiatriques au plus près de ses besoins. De par sa formation, il aide à l'évaluation et l'élaboration d'un diagnostic de personnalité du patient, afin de favoriser une meilleure compréhension de son fonctionnement psychique, intellectuel, psychopathologique et de ses difficultés éducatives et sociales. Cependant, ce diagnostic ne peut se substituer au diagnostic médical et à la cotation correspondante qui relève toujours d'un médecin.

En cas d'absence prolongée d'un médecin, l'organisation devra permettre d'associer un diagnostic médical au diagnostic psychologique établi par le psychologue.

Réaliser des entretiens d'accueil, c'est potentiellement engager un travail avec la personne demandeuse, mais c'est aussi se donner le droit de la réorienter soit au sein de la même structure vers un autre professionnel, soit vers une autre structure du CHAI ou un autre type d'aide (maison de l'enfance, lieux d'écoute parents-enfants...).

Cette réorientation éventuelle doit être encadrée par le projet de service ou de pôle. Ces entretiens peuvent, dans une certaine mesure, **réduire le temps d'attente en CMP pour le patient et sa famille**.

Dans le cadre de ces entretiens de « nouvelles demandes », le psychologue peut occuper une place de « **psychologue référent de la situation du patient** ». Néanmoins, la référence à un médecin est fondamentale.

Ainsi, en cas de manque de personnel médical, il faudra réfléchir avec les chefs de pôles et la Direction générale comment garantir cette responsabilité même dans les cas où les psychologues assurent une référence concernant la situation d'un patient dans l'unité dans laquelle ils travaillent.

Il convient de préciser que ces entretiens de nouvelles demandes diffèrent d'un travail psychothérapeutique où est engagé le patient et/ou sa famille dans le cadre de son parcours de soins.

L' exercice de la psychothérapie

Cette pratique clinique est au cœur du métier de psychologue. Dans le contexte actuel, il est indispensable que de nouvelles responsabilités n'impactent pas cette dimension fondamentale : le déroulement correct d'une activité psychothérapeutique ou d'un entretien clinique repose sur une **temporalité adaptée au temps psychique du patient**. Cette notion temporelle est essentielle pour permettre l'instauration du lien thérapeutique et des sentiments de sécurité intérieure et de confiance envers le thérapeute. Elle est également indispensable pour **la continuité et la réalisation du travail thérapeutique** afin que le patient puisse accéder à un **mieux-être**, basé sur la résolution de ses difficultés, la disparition de son angoisse et la diminution, voire l'amendement de sa souffrance psychique. Les entretiens psychologiques comportent donc une durée qu'il convient de prendre en compte.

Afin de garantir la mise en œuvre et la qualité de ces missions réalisées par les psychologues, il faudra donc veiller à ce que ces axes de travail puissent fonctionner de façon équilibrée.

⁹ À noter que ce traitement des demandes est déjà en cours dans certaines unités (Alliance adolescents, certains CMP...).

2. LA PARTICIPATION DES PSYCHOLOGUES A DES EQUIPES MOBILES

Certaines équipes mobiles existent déjà au sein du CHAI et ont montré leur pertinence. **Les psychologues sont appelés par la Direction à participer à la construction de nouvelles équipes mobiles**, complémentaires aux dispositifs traditionnels de suivis psychologiques.

L'évaluation clinique des situations difficiles peut être faite par un psychologue à domicile ou sur le lieu de vie de la personne. Celui-ci a la possibilité de faire une analyse détaillée des situations, de proposer des hypothèses diagnostiques qui seront affinées en réunion d'équipe avec le médecin responsable et le reste de l'équipe. Cette évaluation psychopathologique du patient, de ses ressources et de celle de son entourage contribuera à avancer vers les objectifs

spécifiques de la mobilisation : accès aux soins, orientations différenciées, soutien des familles et autres aidants...

Cette notion **d'évaluation diagnostique au sens large semble essentielle** à mettre en avant, pour ne pas limiter l'évaluation au diagnostic strictement psychiatrique et ouvrir le champ des aides possibles : une aide éducative ou sociale sera parfois à privilégier dans un premier temps avant une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Ce travail en équipe mobile requiert la **structuration d'un réseau partenarial** ainsi que son entretien, auquel les psychologues sont associés (rappel des partenaires, temps d'échanges réguliers, participation à des réunions avec les partenaires...).

3. L'IMPLICATION DES PSYCHOLOGUES DANS LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DES EQUIPES

Les psychologues ont **une fonction dans le soutien institutionnel des équipes**. Ce soutien peut s'avérer d'autant plus important quand les médecins sont moins présents. Il est constaté que la baisse des moyens médicaux n'aboutit pas toujours à la possibilité d'une intervention accrue des psychologues au niveau institutionnel.

De par leur formation à la psychologie des groupes et des institutions, les psychologues ont les moyens de travailler avec les équipes, de les **soutenir** dans les difficultés rencontrées pour la **création et la mise en place des projets de soins**. Les points de butée du soin, qu'ils soient internes à la pathologie ou qu'ils soient à mettre en lien avec l'environnement social, doivent être pris en compte à chaque fois. Le

travail institutionnel en tant que travail à plusieurs permet d'affronter ces réalités et de **mobiliser la créativité** de chacun à sa place.

La validation de la place de chacun est essentielle pour que le médecin ou les autres professionnels ne se sentent pas mis en cause par l'action du psychologue, mais que les deux actions se soutiennent l'une l'autre. C'est en effet un **travail de collaboration**, dans lequel les regards cliniques se croisent pour penser le projet du patient, son soin dans toutes ses particularités.

Les psychologues renouvellent leur volonté d'être des acteurs essentiels dans le soutien aux équipes par **l'animation de réunions théorico-cliniques**.

4. L'IMPLICATION DES PSYCHOLOGUES DANS DES REFLEXIONS INSTITUTIONNELLES TRANSVERSALES

La violence dans l'institution

Réflexion autour de l'isolement, de la contention des patients dans l'institution et de la violence vécue par les patients et par les professionnels au sein du CHAI.

La violence de certains patients et son traitement institutionnel parfois violent lui aussi permettent de constater les effets de l'enfermement, l'isolement, la contention, sur certains patients, mais aussi sur le travail des soignants.

L'hospitalisation de patients pouvant présenter, à certains moments, des comportements hétéro-agressifs, voire auto-agressifs nécessite de mettre en œuvre tous les moyens de formation centrés sur les pathologies psychiatriques auprès des équipes soignantes.

Les psychologues connaissent bien la nosographie psychiatrique, les différentes maladies du psychisme et de la personnalité ainsi que les circonstances d'éclosion des manifestations défensives d'allure agressive.

Les troubles psychiatriques sont des affections complexes. Il est absolument nécessaire que le personnel soignant soit parfaitement bien formé aux divers fonctionnements propres à ces pathologies.

Une réflexion est en cours autour des soins sans consentement :

- Comment soigner quelqu'un qui ne demande rien, ou même quelqu'un qui refuse ?
- Comment accompagner la famille ?
- L'espace du psychologue face à la contrainte aux soins, comment penser une parole décalée du reste ?

Importance de la création et/ou du maintien d'espaces tiers, dans lesquels la parole peut se déployer pour soutenir les équipes face à la violence vécue et élaborer des pistes de prise en charge. Cela se fait souvent dans l'informel, mais le psychologue a les moyens de proposer des temps d'échanges formels si nécessaire. Une vigilance devra être apportée pour faciliter la disponibilité du psychologue dans la mise en œuvre et la continuité de ces dispositifs.

En complément de ce soutien aux équipes, la cellule de veille et d'écoute intervient également dans la prévention du risque psycho-social et propose auprès du personnel de l'hôpital des espaces de paroles individuels et collectifs animés par le psychologue. En effet, la cellule de veille et d'écoute a pour mission d'accueillir et d'accompagner les professionnels, quelle que soit leur fonction, victimes ou concernés par une situation de violence dans le cadre de l'activité professionnelle.

L'objectif des interventions de la cellule de veille et d'écoute est de réduire les éventuelles conséquences traumatiques en veillant à limiter les effets de stress et à maintenir le sentiment d'appartenance à l'équipe et à l'institution, de permettre l'apaisement des tensions et une compréhension de l'évènement, de dégager des pistes de réflexion s'ouvrant sur le champ préventif et de réinscrire l'évènement violent dans l'histoire professionnelle de la personne et/ou du service.

Accompagnement du parcours de soins du patient

La réflexion autour de la Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH) est toujours actuelle. Les psychologues, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire et le corps médical, portent la préoccupation d'avoir à satisfaire un retour du patient à son domicile (ou structures spécialisées) dans de bonnes conditions.

Pour cela, le psychologue s'associe à la réflexion concernant le **parcours de soins** après la sortie d'hospitalisation du patient, prenant en compte l'état psychologique et les paramètres environnementaux propices à un **rétablissement** sécuritaire de la personne.

Une réflexion anticipée permettra une meilleure continuité psychique et un étayage interinstitutionnel plus opérant pour le patient dans le but d'éviter des ruptures dans les liens de soins et de suivis du patient.

Le psychologue, de par sa formation, apporte à cette réflexion, la nécessaire prise en compte du **temps psychique du patient**, qui se retrouve parfois en contradiction avec le temps social, voire chronologique.

Les psychologues soutiennent une **réflexion sur l'accompagnement** et l'étayage pouvant être apporté aux patients et aux équipes dans l'actuel et dans l'après-coup, pour tenter de donner un sens à ce que vit le patient. Une réflexion théorico-clinique portée par le psychologue autour de la notion de temporalité psychique¹⁰ permettra une meilleure élaboration du parcours de soins, au plus près des besoins du patient.

Création de groupes d'accueil parents/enfants dans les CMP en pédopsychiatrie

Face au constat cité précédemment concernant l'accroissement du nombre de patients sur liste d'attente associé au manque de personnels médicaux, certains psychologues en collaboration avec d'autres professionnels de catégories professionnelles différentes (AS, psychomotriciennes...) et avec le soutien de chefs de pôle, médecins responsables d'unité, ont mis en place des **groupes d'accueil** de parents avec leur enfant de façon à permettre à ces familles :

- une première rencontre,

- une écoute de leurs vécus et inquiétudes et ce, dans un délai raisonnable par rapport à leur préoccupation.

Pour l'équipe de soins, il s'agit de pouvoir évaluer les difficultés de l'enfant/de sa famille afin de faire un premier **état des lieux de leurs besoins**.

De la même manière que les entretiens « de nouvelles demandes », ces groupes d'accueils ont une **visée préventive**. L'élaboration de ces groupes d'accueils engage à penser les effets thérapeutiques de ces dispositifs au profit des patients et de leur famille.

Les psychologues, formés aux processus psychiques à l'œuvre dans un groupe, permettent de métaboliser le cadre thérapeutique afin d'assurer une contenance psychique pour les patients et les professionnels. Les psychologues aident ainsi à l'élaboration et la reprise de ces temps d'accueil possiblement animés par différents professionnels paramédicaux.

QUELQUES EXEMPLES DE CREATION DE GROUPES D'ACCUEILS PARENTS/ENFANTS EN PEDOPSYCHIATRIE

Un groupe pré-accueil animé par l'équipe pluridisciplinaire d'un CMP enfants/adolescents de l'agglomération grenobloise : le groupe Pré-accueil du CMPE/A d'Échirolles.

L'idée centrale de ce dispositif s'étaye sur une co-observation entre parents et professionnels du fonctionnement de l'enfant. Cela permet notamment d'ajuster les observations dans la rencontre avec le récit de l'histoire de vie de l'enfant et sa famille. Ici, le parent est acteur et le professionnel n'est pas dans une fonction d'« expert ».

¹⁰ Par le terme « **temporalité psychique** », nous entendons la représentation du temps que peut avoir le patient et sa famille ainsi que les équipes soignantes, c'est-à-dire le **temps psychique**, qui diffère souvent du temps chronologique et peut

parfois être en contradiction avec ce dernier. Il s'agit d'un temps singulier, particulier, individuel dans lequel chacun s'inscrit.

Ce groupe est pensé comme un sas, une interface entre le dedans et le dehors, comme un lieu possible de dépôt et d'amorce du travail de la demande, de l'accès au soin ou de la réorientation sur d'autres structures.

Autre exemple de création d'un espace parents animé par deux psychologues en CMP enfants dans l'agglomération périphérique de Grenoble : l'Espace-Parents du CMP E/A de Vizille.

Ce groupe a été pensé comme un lieu qui permet aux parents de déposer leurs angoisses, leur lassitude, leurs questions relatives aux symptômes de leur enfant et de les aider à réfléchir sur d'autres positions parentales, élaboration qui à son tour peut faire évoluer le symptôme.

Cet espace parents est un lieu où les parents peuvent se retrouver et échanger sur leurs questions autour de la parentalité.

L'apport théorico-clinique du psychologue clinicien, dans un cadre de partage d'expériences avec les équipes soignantes, **est à même d'enrichir la formation des soignants** au sein même des unités et des CMP, et dans un cadre plus large, au sein de l'institution même.

Ces dispositifs cliniques ont montré à ce jour de bons résultats. Dans le cadre de la valorisation du retour d'expérience et de la dynamique du projet d'établissement, la mise en place de groupes de travail pluri-professionnels permettrait d'envisager la pérennité de ce genre de dispositifs au sein de l'hôpital.

Réflexion sur de nouveaux dispositifs de soins psychologiques, transversaux à l'ensemble de la psychiatrie adulte/pédopsychiatrie

LES CONSTATS :

De plus en plus souvent en pédopsychiatrie, plusieurs enfants d'une même fratrie sont reçus. Cela mobilise plusieurs professionnels et ne permet pas de travailler avec l'ensemble de la famille sur les problématiques communes à l'intérieur du système familial.

De même, il n'est pas rare, qu'alors que les enfants sont suivis en pédopsychiatrie, un parent (voire les deux) soient aussi suivis en psychiatrie adulte sans qu'il y ait de relais et liens entre les deux pôles.

LES OBJECTIFS :

L'objectif est de créer une unité transversale de thérapie familiale, en tant qu'unité transversale intersectorielle aux services de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie qui serait ouverte autant à des familles de patients issus de la psychiatrie adulte comme de la pédopsychiatrie. Cette unité de thérapie familiale permettrait de pouvoir offrir aux patients la possibilité d'élaborer leurs difficultés psychologiques et leurs désirs de choix de vie en travaillant avec l'ensemble du noyau familial au sein duquel ils se sont construits.

Il s'agirait d'une offre de soins complémentaire à celles déjà existantes au sein du CHAI dans le but d'un meilleur accompagnement du patient dans son environnement.

« Quand la famille a accepté la maladie de son proche et qu'elle a retrouvé son équilibre et sa sérénité, elle doit être reconnue comme partenaire à part entière du soignant et du

médecin sans qu'elle soit appelée à se substituer à l'un et à l'autre » (DHOS¹¹).

De plus, cette dimension familiale offre la possibilité **d'une prise en charge à la fois curative**, pour le patient, **mais également préventive**, sur l'éclosion ou le développement de pathologies ultérieures qui pourraient concerner d'autres membres de la famille. En outre, la prise en compte et l'écoute du groupe familial permet de ne pas multiplier les prises en charge et participe à des effets de prévention.

D'autre part, travailler avec l'écosystème de la famille, c'est soutenir la famille pour pouvoir soutenir le patient. La DHOS parle d'ailleurs de « *restauration narcissique tout en tenant compte de leur propre histoire pour leur permettre justement de la dépasser et d'éviter certain processus de répétition.* »

DIFFERENTES ETAPES D'ELABORATION ET DE FORMALISATION :

D'un point de vue théorico-clinique : cette unité pourrait avoir une **double valence psychanalytique et systémique** : cette double valence psychanalytique et systémique pourrait constituer de surcroît un **laboratoire de recherche** au sein duquel les professionnels de ces deux champs mutualiseraient leurs compétences pour réaliser des travaux de recherche et proposer des accompagnements (sensibilisations à la thérapie familiale, supervision...) aux professionnels du CHAI intéressés par ces dispositifs.

Elle offre également la possibilité de choisir, en fonction des familles, de la meilleure orientation à donner au soin familial.

Les différents professionnels formés à ces pratiques thérapeutiques pourraient se regrouper et porter des réflexions communes autour de l'accompagnement des familles.

De plus, cette unité permettrait ainsi de centraliser les demandes de thérapies familiales sur le CHAI, et faciliterait la mise en réseau des différents partenaires impliqués. Par ailleurs, cette unité favoriserait les liens de collaboration interprofessionnels, intersectoriels entre les différents pôles existants au sein du CHAI.

D'un point de vue **organisationnel et institutionnel** : un travail conjoint avec la DHR, la Direction du pôle Patient Qualité Offre de Soins ainsi qu'avec les médecins chefs de pôle permettra d'évaluer la faisabilité et la pérennité possible de cette unité transversale inter polaire.

Il s'agira d'établir un recueil de données des besoins thérapeutiques déjà existants au sein des différentes unités de l'hôpital (notamment à partir des actes de cotation).

Cette unité sera à penser en partenariat avec les associations d'usagers qui travaillent avec les familles (UNAFAM, la maison des usagers, Entretien, pairs-aidants...).

Ce projet de création d'unité transversale est une perspective à moyen terme. Dans l'immédiat, il apparaît nécessaire de développer et valoriser les dispositifs d'accompagnement familiaux au sein des services et unités respectifs afin de valoriser cette pratique clinique.

¹¹ DHOS de 2002 dans « Préconisation d'un travail avec les familles, dans l'étayage et l'accompagnement de la souffrance psychique de l'un des membres ».

- [une plus grande vulnérabilité narcissique chez les parents alors que justement il convient de les aider dans ce travail de reconquête de l'estime d'eux-mêmes]

- [fonction d'étayage de l'enfant tout en se sentant respecté dans leur capacité parentale quiescente.] - [travailler sur un meilleur repérage des places : la sienne au sein d'une équipe, celle de l'enfant au sein de sa famille.]

✦ CONCLUSION

Ce projet psychologique 2019-2023 se situe dans la continuité d'un engagement institutionnel des psychologues au sein de l'établissement depuis 2014 inauguré avec la mise en expérimentation de la circulaire 2012. Il a pour objectif de proposer des réflexions qui puissent s'articuler avec le projet d'établissement, incluant les problématiques concrètes qui se posent actuellement au sein du CHAI et tenant compte des évolutions sociétales.

Ce projet de psychologie est à envisager dans la dynamique d'évolution du projet d'établissement, au service des besoins cliniques de l'hôpital. Ce sont des réflexions et des objectifs d'actions que les psychologues souhaitent partager avec les autres professionnels de l'établissement.

Les psychologues, par cet écrit, veulent soutenir le travail collectif et institutionnel, afin de préserver le travail clinique au sein de l'hôpital et assurer une prise en compte du vécu psychique de chaque patient.

Chapitre 08

Projet social

CHAPITRE 08 – PROJET SOCIAL

Le projet social, composante obligatoire du projet d'établissement (articles L6143-2, L5143-2-1 et R2342-29) définit « les objectifs généraux de la politique sociale de chaque établissement ainsi que les mesures permettant leur réalisation ». Au-delà de cette définition réglementaire, le projet social constitue l'un des volets structurants du projet d'établissement. Il s'inscrit dans ses orientations et se situe en cohérence avec l'ensemble de ses autres composantes dont notamment le projet médical et le projet de soins.

Élément fort de la politique sociale du CHAI, il en donne les orientations pour les cinq années à venir, à l'égard du personnel médical et non médical. Ces orientations devront permettre de répondre aux enjeux institutionnels et territoriaux en termes d'attractivité et de fidélisation des professionnels grâce à l'élaboration de stratégies adaptées, à la construction et à l'accompagnement des parcours professionnels. Elles demeurent sous-tendues par les valeurs de référence du service public et plus particulièrement, le sentiment d'appartenance au CHAI, la reconnaissance de chacun et l'amélioration de la qualité de vie au travail. Elles visent à accompagner les professionnels dans l'appropriation des projets institutionnels et territoriaux en favorisant le recueil et l'expression de leurs besoins, de leurs attentes, ceci dans une perspective d'amélioration continue des conditions de travail.

Le projet social 2019-2023 est décliné en quatre parties dédiées :

- à l'élaboration du projet social 2019-2023 ;
- au bilan du précédent projet social et au diagnostic actualisé ;
- aux thématiques du projet social 2019-2023 ;
- à son pilotage et son suivi.

✦ ÉLABORATION DU PROJET SOCIAL 2019-2023

L'élaboration du **projet social 2019-2023** est le résultat d'une **démarche participative** en adéquation avec la démarche de construction et de concertation définie pour l'élaboration du projet d'établissement.

La méthode retenue pour le projet social a été présentée et soumise à l'avis des représentants du personnel en CTE le 7 février 2019.

À l'issue, un **comité de pilotage** associant les représentants du personnel en CTE, un représentant de la CME, la direction générale, la direction des soins et la direction des ressources humaines a été installé. Ce comité s'est réuni les 12 et 18 février, les 5, 11 et 18 mars 2019 afin d'associer et de recueillir les propositions et les attendus des représentants des personnels à chaque étape de la construction du projet social.

Parallèlement, un **questionnaire** (*annexe projet d'établissement n°5*) a été proposé à

l'ensemble des professionnels afin qu'ils participent également à l'élaboration du projet social et qu'ils puissent formuler des avis et propositions en appui et/ou en complément des thématiques discutées entre la direction et les représentants du personnel. Ce questionnaire, organisé en thématiques validées par le comité de pilotage, a proposé des questions simples et fermées mais également des commentaires libres.

Les premiers résultats de l'exploitation de ce questionnaire ont été présentés en comité de pilotage le 11 mars 2019. Une première version du projet social 2019-2023 a été soumise au débat dans le cadre d'un CTE qui lui a été dédié le 21 mars 2019, puis de nouveau amendée le 2 avril 2019 à l'occasion d'une réunion de travail associant les représentants du personnel en CTE et la Direction.

✦ BILAN DU PRECEDENT PROJET SOCIAL ET DIAGNOSTIC ACTUALISE

1. BILAN 2009-2015

Le précédent projet social couvrait la période 2009-2014. Il se décomposait en trois axes prioritaires :

- La formation initiale et continue ;
- L'amélioration des conditions de travail ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

En 2015, un travail collaboratif entre la DRH et les partenaires sociaux avait commencé afin de présenter un bilan du précédent projet et de faire émerger les futures thématiques à travailler.

Suite à plusieurs réunions, celui-ci a été élaboré et a décrit les forces, les faiblesses et les opportunités. Étaient notamment considérées comme des forces, la reconstruction du site et la politique de formation continue. La stratégie de communication, la conduite du changement, la mise en place des pôles, le défaut d'analyse de l'absentéisme et le manque de recherche de solutions pour articuler vie privée/vie professionnelle étaient perçus comme des faiblesses. Enfin, l'accueil

des nouveaux arrivants soignants, la mise à disposition du logiciel GESFORM pour le déploiement de la démarche GPMC, l'accompagnement du personnel en situation de handicap avec l'implication du CHAI dans un partenariat FHF-FIPH, la refonte du DUERP et la structuration de la gestion des risques ouvraient des perspectives d'amélioration et donc de réelles opportunités pour la politique sociale des années à venir.

Cette réflexion n'avait pas abouti à la formalisation d'un projet social mais avait permis de faire émerger des thématiques qui sont toujours d'actualité, à savoir :

- La modernisation des relations sociales ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- La formation initiale et continue ;
- L'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines ;
- La qualité et l'amélioration des conditions de vie au travail.

2. DIAGNOSTIC ACTUALISE

Afin d'actualiser la réflexion et garantir une démarche participative pour l'élaboration du projet social 2019-2023, les représentants du personnel ont été associés dans le cadre de cinq réunions de travail qui ont permis de valider les principales thématiques, de proposer un questionnaire destiné aux professionnels et de s'entendre sur les attendus du projet.

Le questionnaire à destination du personnel, en annexe au projet d'établissement (*annexe n°5*), a été mis en ligne du 18 février au 10 mars 2019. Il comportait des questions fermées,

semi-fermées et ouvertes sur l'ensemble des thématiques. Un commentaire libre de cinq lignes était possible pour chaque rubrique.

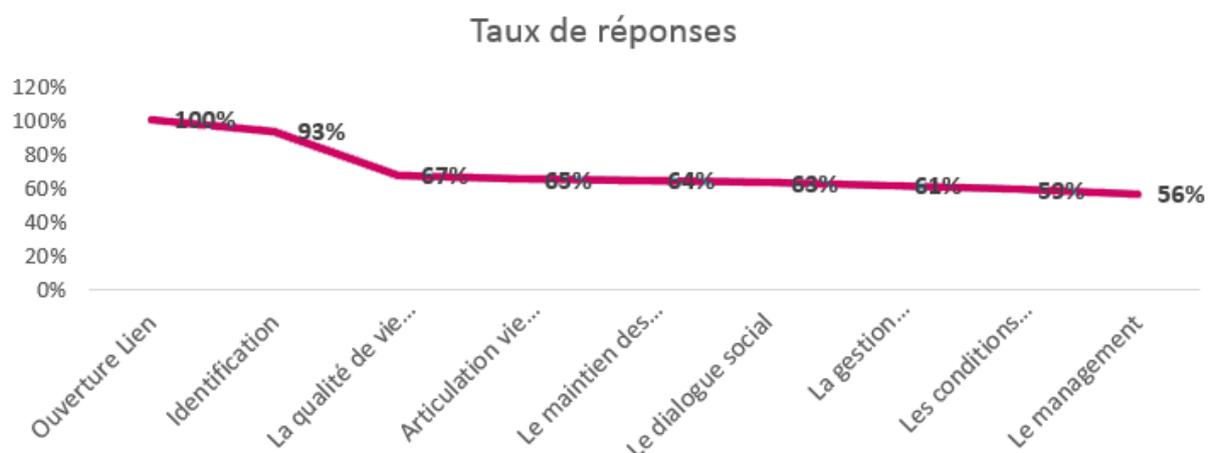
Les tableaux ci-dessous présentent une description synthétique du questionnaire et une analyse quantitative des réponses.

L'analyse qualitative des réponses sera réalisée et exploitée dans le cadre d'un groupe de travail associant la direction et les représentants du personnel. Cette analyse contribuera à l'élaboration des fiches actions.

Thématiques	Nombre de questions ouvertes	Nombre de questions semi-ouvertes	Nombres de questions fermées	Total
La qualité de vie au travail	1	0	7	8
Articulation vie privée/vie professionnelle	0	1	0	1
Le maintien des agents dans l'emploi	0	0	3	3
Le dialogue social	1	1	1	3
La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	1	0	2	3
Les conditions de travail	2	3	1	6
Le management	2	0	3	5

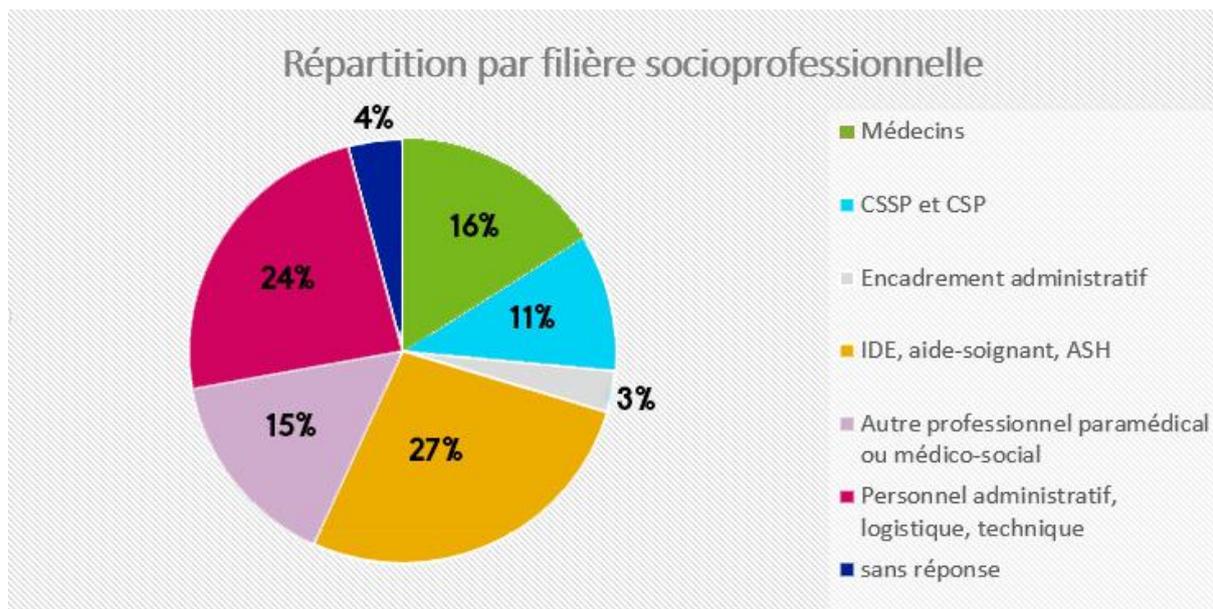
471 professionnels ont cliqué sur le lien afin d'ouvrir le questionnaire. **264 d'entre eux** sont allés jusqu'aux questions relatives à la dernière thématique abordée (Management).

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux de réponse et par voie de conséquence, le nombre de personnes qui ont abandonné en cours de réponse.



438 professionnels ont accédé à la page d'authentification :

- 70 % sont des agents titulaires
- 26 % sont des contractuels
- 4 % n'ont pas souhaité renseigner leur statut.



Dans leur filière professionnelle respective, les participants représentaient :

- 14,5 % de la filière paramédicale ou médico-sociale ;
- 80 % de la filière encadrement paramédical et administratif ;
- 45,4 % de la filière médicale ;
- 31,9 % de la filière administrative, logistique, technique.

316 professionnels ont accédé à la thématique « Qualité de vie au travail ».

QI.1. Des réponses proposées à la question à la motivation principale à travailler au CHAI, il ressort une adhésion au service public hospitalier et ses valeurs, à la spécialité et à la pratique dans la discipline psychiatrique ou encore un attachement aux conditions concrètes et matérielles d'exercice professionnel (travail en équipe, pluridisciplinarité, variété des missions...).

QI.2. À la question « Quels éléments valorisez-vous dans l'exercice de vos fonctions ? » :

- La valeur du travail arrive en position 1 ;
- Les relations interpersonnelles arrivent en position 2 ;
- Le sentiment de confiance arrive en position 3 ;
- Le sentiment d'appartenance arrive en position 4.

QI.3. Parmi ces professionnels et pour ceux nouvellement arrivés au CHAI (moins de 3 mois) :

- 7 % estiment avoir été accueillis ;
- 2 % estiment ne pas avoir été accueillis ;
- 2 % sont incertains.

89 % (282 professionnels) n'ont pas répondu, ce qui laisse supposer qu'ils ont plus de trois mois d'ancienneté au CHAI.

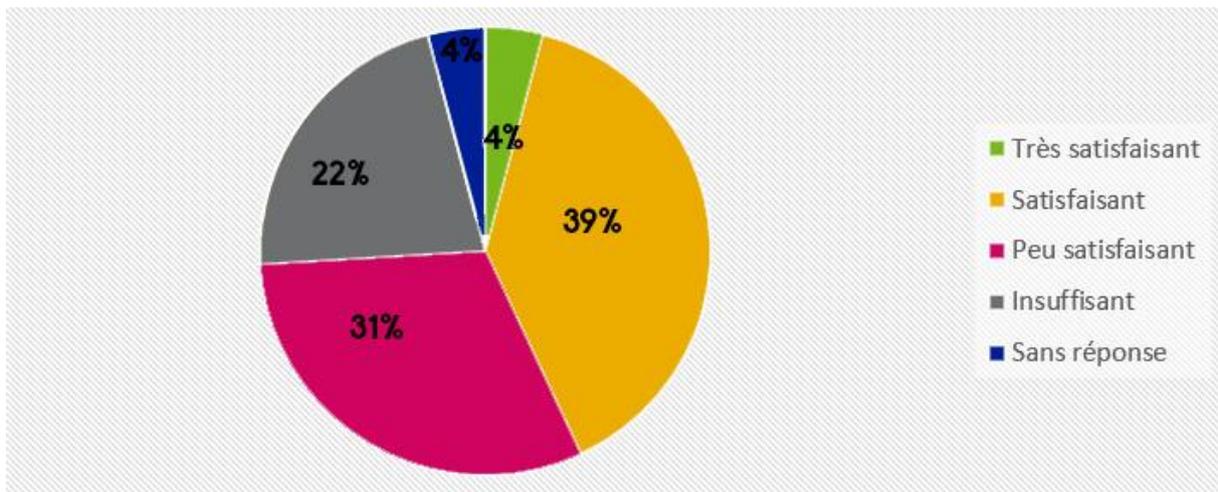
9 % des agents arrivés depuis moins de 3 mois se sentent intégrés. Aucun agent juge ne pas être intégré et 1 % reste incertain. 285 agents n'ont pas répondu à la question, soit 90 %.

QI.4. Parmi ce panel de 316 professionnels et pour ceux qui comptent au moins 3 mois d'ancienneté :

- o Accueil des nouveaux agents :
 - 78 % d'entre eux affirment avoir accueilli un nouvel arrivant ;

- 3 % n'ont pas accueilli de nouvel arrivant ;
 - 7 % sont incertains ;
 - 12 % (39 agents) n'ont pas répondu ;
- Intégration des nouveaux agents
 - 59 % estiment avoir participé à l'intégration d'un nouvel arrivant ;
 - 10 % répondent de manière négative ;
 - 18 % sont incertains ;
 - 12 % n'ont pas répondu.

Le graphique, ci-dessous, montre la répartition des réponses à la question « Avez-vous le sentiment d'être reconnu professionnellement ? » :



QI.6. Les professionnels qui ont souhaité s'exprimer sur les facteurs de consolidation du professionnalisme ont, de façon générale, fait remonter les éléments suivants :

- La confiance, la reconnaissance et la constitution d'un collectif de travail ;
- La responsabilisation des agents et un accès à des marges d'autonomie ;
- Les dispositifs d'évaluation des pratiques (questionnement en équipes, supervision...) ;
- La rémunération.

A la question « Avez-vous le sentiment de disposer de lieux d'échange suffisants ? », les réponses sont :

- Oui pour 47 % ;
- Non pour 46 % ;
- 8 % n'ont pas répondu.

Les dispositifs choisis par ordre de préférence pour prévenir les situations génératrices de difficultés professionnelles sont :

1. Les réunions d'équipe ;
2. L'analyse des pratiques ;
3. La supervision ;
4. Les réunions cliniques ;
5. La médiation ;
6. Autres.

Les 98 professionnels qui ont souhaité rédiger un commentaire sur la qualité de vie au travail ont notamment témoigné leur attachement :

- Au respect et à l'écoute entre professionnels et entre services ;
- À l'existence d'espaces et de temps d'échange au sein des équipes et à l'émergence de temps fédérateurs et conviviaux entre l'ensemble des professionnels du CHAI ;
- À un meilleur accompagnement des professionnels et des équipes en difficultés ;
- Au renforcement des dispositifs de réflexion sur les pratiques et le positionnement professionnels ;
- Au déploiement d'une communication plus transversale et réciproque.

305 professionnels ont accédé à la thématique « Articulation vie privée/vie professionnelle ».

QII.1. Le tableau ci-dessous côtoie l'intérêt porté par les professionnels, aux différents dispositifs proposés par le CHAI et susceptibles d'améliorer l'articulation vie privée/vie professionnelle.

	Crèche	Proposition de logement	Participation frais de transport	Télétravail	Partenariat banques et autres
Oui	60 %	49 %	79 %	43 %	40 %
Non	16 %	22 %	10 %	26 %	25 %
Incertain	10 %	20 %	6 %	21 %	27 %
Sans réponse	19 %	9 %	5 %	10 %	9 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

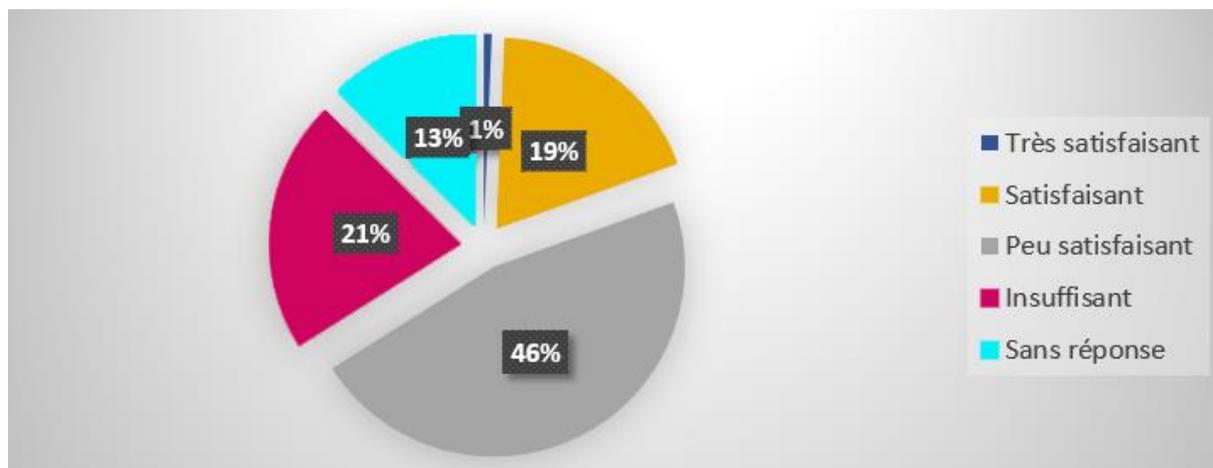
Les 68 professionnels ayant proposé un commentaire sur la thématique mettent en évidence l'importance de mieux communiquer sur les dispositifs proposés par le CHAI (participation aux frais de transport en particulier), que ce soit au moment du recrutement (livret d'accueil), ou de manière plus ponctuelle (stands...). Au-delà de la valorisation de l'existant, plusieurs contributions font ressortir le souhait d'une plus grande souplesse dans l'articulation vie privée/vie professionnelle des agents (amplitude des horaires de crèche, gestion des congés, possibilité d'aménagement des horaires de travail, extension des bénéficiaires du télétravail...).

303 professionnels ont accédé à la thématique « Maintien des agents dans l'emploi ».

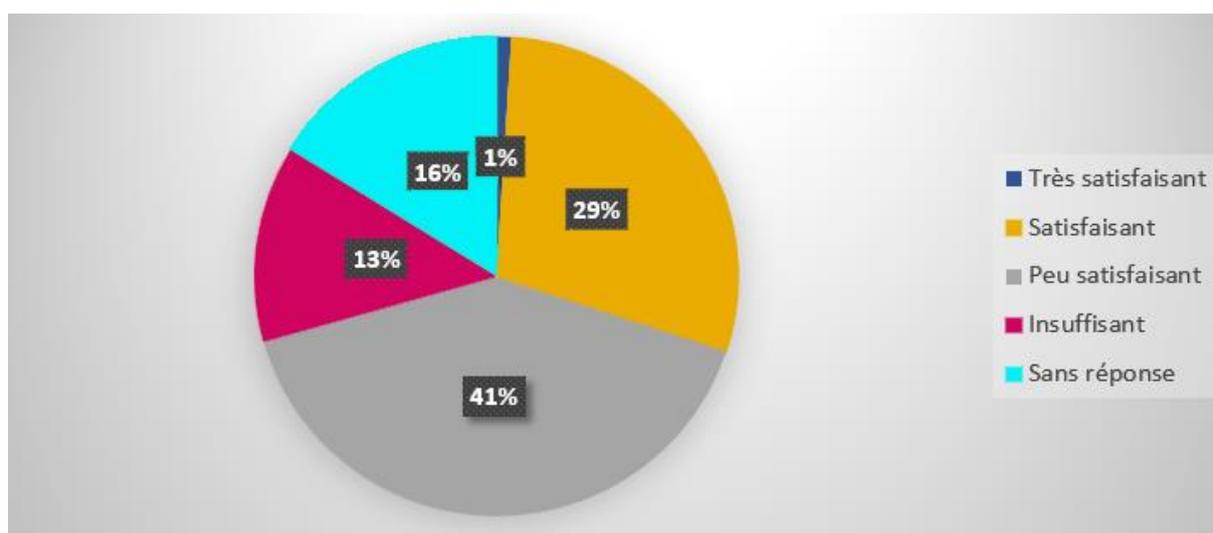
QIII.1. À la question : « Avez-vous le sentiment que le risque d'inaptitude est correctement anticipé ? » les réponses sont :

- Oui pour 17 % des agents ;
- Non pour 69 % des agents.
- 15 % des 303 agents n'ont pas répondu à la question.

QIII.2. Le graphique ci-dessous démontre le niveau de satisfaction des professionnels sur l'accompagnement proposé en cas d'inaptitude :



QIII.3. Le graphique ci-dessous démontre le niveau de satisfaction des professionnels sur la prise en charge temporaire ou permanente du handicap des professionnels :



Plusieurs des commentaires, soumis par 62 professionnels, soulignent l'importance de prévenir l'apparition de difficultés professionnelles (soutien des agents par des interlocuteurs institutionnels, adaptation des postes, modulation des parcours professionnels avec le soutien de la cellule de formation) et, dans la mesure du possible, de mieux anticiper le retour ou le reclassement des agents afin d'éviter la mise en difficulté tant des agents que des services. Des temps d'adaptation, de présentation du service et des collègues, sont également perçus comme favorables à la réintégration des agents. La problématique de l'accessibilité du bâtiment de l'administration a aussi été mise en évidence.

296 professionnels ont accédé à la thématique « Dialogue social ».

QIV.1. Dans l'ensemble, les remarques portant sur le rôle des instances et des représentants du personnel suggèrent l'intérêt que pourrait constituer une présentation spécifique de leurs missions et de leur contribution au fonctionnement de l'établissement.

QIV.2. Pour ces 296 professionnels, les relations avec les représentants du personnel dans les instances, contribuent à un dialogue social :

- Très satisfaisant pour 2 % ;
- Satisfaisant pour 30 % ;
- Peu satisfaisant pour 49 % ;
- Insuffisant pour 12 %.
- 7 % n'ont pas répondu à cette question.

QIV.3. Interrogés sur l'existence d'espaces de partage et d'échanges collaboratifs :

- 35 % des professionnels répondent « Oui » ;
- 54 % des professionnels répondent « Non » ;
- 10 % ne répondent pas.

En dehors des démarches participatives initiées dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, les répondants qui ont fait part de leur commentaire à cette question (37%) ont peu de visibilité sur les différents espaces d'échanges et de partage (groupe de travail, CLUD, CLIN, réunion de pôle...) ou sur leur mission.

39 professionnels ont souhaité rédiger un commentaire sur l'organisation du dialogue social. De ces contributions semble émerger un souhait de voir les agents mieux intégrés au déroulement des projets du CHAI, par une meilleure visibilité et une mise en cohérence de l'ensemble des actions qui sont menées, une meilleure identification des responsables et des porteurs de projets. Un besoin de structuration des échanges et des espaces participatifs, à travers l'intervention de personnels formés et un effort de pédagogie, ressort également des propositions. Quelques contributions alertent enfin sur l'importance d'anticiper la logistique participative, en termes de ressources temporelles (dégager des créneaux de participation aux groupes) et matérielles, afin de ne pas empiéter sur le fonctionnement des services.

289 professionnels ont accédé à la thématique « GPMC ».

QV.1. Le tableau ci-dessous présente le niveau de satisfaction perçue par les professionnels dans l'accompagnement de leur parcours :

	Entretien d'évaluation	Encadrement	Service formation	Dispositif mobilité
Oui	39 %	53 %	21 %	4 %
Non	25 %	16 %	36 %	44 %
Incertain	30 %	26 %	37 %	42 %
Sans réponse	6 %	6 %	6 %	10 %
Total	100 %	100 %	100%	100%

QV.2. Parmi les dispositifs de transmission des savoirs envisagés par les répondants, les plus récurrents sont la formation, le tutorat et, plus globalement, toutes les modalités facilitant le transfert de connaissances et de savoirs entre les professionnels « seniors » et « juniors ». Plus généralement, des relations apaisées, une intégration appropriée des nouveaux agents, une sécurisation des parcours professionnels ou encore des équipes relativement stables sont considérées comme des éléments propices à la transmission des savoirs et savoir-faire. Un meilleur accompagnement des projets professionnels et une meilleure identification des modalités de prise en charge, *via* la valorisation et la consolidation de l'expertise de la cellule de formation, sont également proposés comme piste d'amélioration.

QV.3. Interrogés sur l'accès à la promotion professionnelle :

- 30 % estiment que le CHAI favorise l'accès ;
- 55 % estiment que le CHAI ne favorise pas l'accès ;
- 15 % ne répondent pas.

Des 77 commentaires soumis au titre de la GPMC, transparait de façon transversale un besoin d'améliorer la transparence et l'objectivité des décisions d'accompagnement des projets de formation ou de promotion professionnelle. La concrétisation de ces projets en termes d'évolution de carrière des agents (meilleure identification des postes vacants et proposés à la mobilité, accompagnement par la DRH des souhaits d'évolutions au sein de l'établissement...) est également une préoccupation des répondants.

277 professionnels ont accédé à la thématique « Condition de travail ».

QVI.1. Plusieurs propositions en matière de remplacement ou de recrutement ont été formulées par les participants :

- Une connaissance et une anticipation plus poussées des causes et de l'évolution des arrêts et des congés longs afin de mieux dimensionner les remplacements ;
- Une rémunération et évolution professionnelle plus attrayantes pour les contractuels ;
- Un partage plus efficace de l'information entre les besoins humains des services et pôles et les solutions mobilisables par la DRH ;

- Des pools de remplacement pluri-professionnels ;
- Une promotion et un effort d'explicitation du travail dans le secteur psychiatrique.

De manière générale, au-delà de dispositifs innovants, il semble émerger des contributions un besoin de renforcer le soutien et l'expertise de la DRH tant dans l'accompagnement des trajectoires professionnelles des agents que dans le déploiement d'une stratégie plus dynamique de recrutement (promotion du CHAI auprès des centres de formation, *sourcing* des futurs professionnels, présence sur les réseaux sociaux, élaboration de fiches de poste pertinentes, gestion de la CVthèque...).

QVI.2. Les axes d'amélioration des conditions de travail ont fait l'objet de suggestions variées. Elles semblent mettre en évidence des préoccupations liées :

- aux conditions quotidiennes de travail des professionnels : amélioration des rémunérations et des carrières, mais aussi limitation du nombre d'affectations des agents, parcours d'intégration progressive des nouveaux arrivants ;
- à la prévention des risques professionnels et psychosociaux par une meilleure association des agents à l'élaboration du Document unique ;
- à un management plus transversal et moins hiérarchique, une communication fondée sur la réciprocité et l'interaction ;
- à l'organisation des pôles et des services : adaptation du temps de travail aux contraintes des patients ou de leur famille ; évaluation de l'activité et de la charge de travail des services ; constitution de plateformes polaires destinées à garantir une meilleure communication entre les unités.

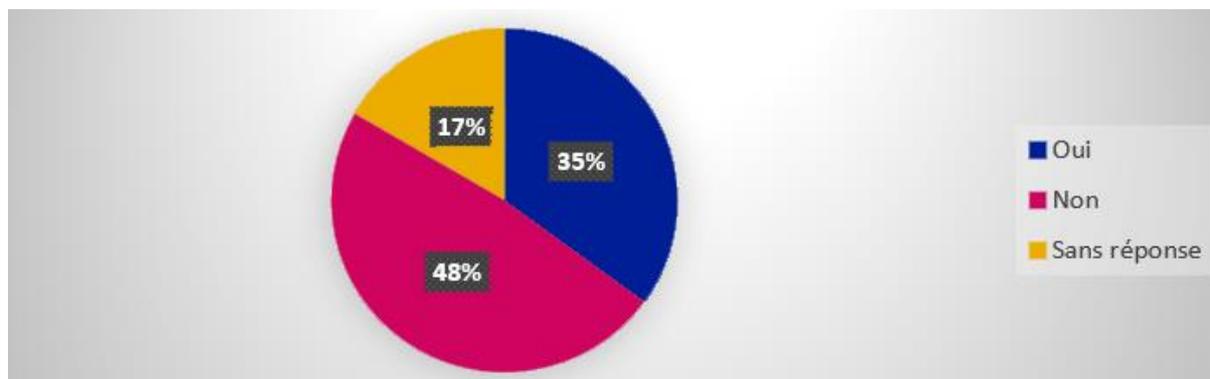
QVI.3. Interrogés sur le développement des nouvelles techniques de travail susceptibles d'améliorer les conditions de travail, les professionnels, toutes filières confondues, classent par ordre de préférence en :

1. Le télétravail ;
2. Les téléréunions ;
3. La téléconsultation.

En fonction des filières, les priorités évoluent :

- Filière administrative, technique, logistique :
 1. Le télétravail ;
 2. Les téléréunions ;
- Filière paramédicale : le télétravail est identifié comme premier dispositif de travail à distance ; la téléréunion est cependant très représentée et apparaît comme une alternative forte ;
- Le personnel d'encadrement et le personnel médical classent ainsi les dispositifs :
 1. Téléréunion ;
 2. Télétravail ;
 3. Téléconsultation.

QVI.4. Le graphique ci-dessous expose le niveau de satisfaction des professionnels sur les réponses du service de santé au travail à leurs attentes :



QVI.5. Concernant les risques professionnels et psychosociaux, interrogés sur le sentiment d'information :

- 24 % des professionnels estiment être correctement informés ;
- 64 % des professionnels estiment ne pas être correctement informés ;
- 12 % n'ont pas répondu.

QVI.6. Interrogés sur le niveau d'accompagnement perçu en cas de risque avéré :

- 25 % jugent le niveau d'accompagnement correct ;
- 51 % jugent le niveau d'accompagnement insuffisant ;
- 25 % n'ont pas répondu.

Les 27 commentaires suggérés pour la thématique des conditions de travail révèlent globalement un besoin d'améliorer le suivi de la maladie et des risques psychosociaux. La rubrique laisse également apparaître plusieurs interrogations quant à la compatibilité des dispositifs de télétravail au milieu hospitalier.

264 professionnels ont accédé à la thématique « Management ».

QVII.1. Sollicités sur les éléments favorables à l'attractivité et à la fidélisation des professionnels, les contributeurs ont mis en évidence la mise à disposition de ressources adaptées (humaines, temporelles, logistiques...) afin d'améliorer les conditions de travail dans les services. La reconnaissance des compétences et de l'investissement de chaque professionnel ou encore l'aménagement de marges d'autonomie dans le poste émergent également de ces contributions. En parallèle, il apparaît également de la part des cadres un besoin de reconnaissance de leur expertise managériale et, de la part des agents, un besoin de conseil et de soutien de leur encadrement. Enfin, le soutien à l'émergence de collectifs de travail et d'un sentiment d'appartenance au CHAI, par le biais d'une plus grande mise en valeur des objectifs et des projets, de rencontres « trans-filières » et pluri-professionnelles ou encore d'événements conviviaux figurent également parmi ces propositions.

QVII.2. Dans leur quotidien :

- 59 % des professionnels ont le sentiment d'être reconnu et soutenu par l'encadrement ou la hiérarchie ;
- 32 % des professionnels ont le sentiment de ne pas être reconnu et soutenu par l'encadrement ou la hiérarchie ;
- 9 % n'ont pas répondu.

QVII.3. Sur la question des projets institutionnels :

- 40 % des professionnels pensent avoir une information suffisante ;
- 51 % des professionnels pensent ne pas avoir une information suffisante ;
- 9 % n'ont pas répondu.

QVII.4. Par ailleurs :

- 35 % des professionnels ont le sentiment d'être entendus dans leurs propositions autour des projets ;
- 54 % des professionnels ont le sentiment de ne pas être entendus dans leurs propositions autour des projets ;
- 11 % n'ont pas répondu.

QVII.5 Le dernier item portant sur l'accompagnement des agents dans le contexte des changements en cours au CHAI manifeste, en dépit de la nouvelle démarche participative ponctuellement saluée à travers le questionnaire, un besoin récurrent de plus de pédagogie quant à la trajectoire de l'établissement, ses objectifs et les moyens qu'il se donne pour y parvenir. Les défauts d'anticipation et d'appropriation des projets, sont également pointés tandis que la question du sens des initiatives récentes et leur concrétisation font l'objet d'une préoccupation particulière.

✦ LES THEMATIQUES DU PROJET SOCIAL 2019-2023

Le projet social définit les orientations de la politique sociale du CHAI ainsi que les mesures nécessaires à leur réalisation durant les cinq prochaines années. Document pragmatique, le présent projet social s'articule autour de sept thématiques.

1. LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

La qualité de vie au travail et particulièrement son amélioration sont des sujets essentiels dans le développement des ressources humaines qui permettent de réaffirmer la place de l'individu dans l'organisation et de redonner tout son sens à l'action collective. Elle se caractérise par un sentiment de bien-être au travail qui englobe l'ambiance, les valeurs de l'établissement et la reconnaissance dans un environnement sécurisé. La qualité de vie au travail est liée à la politique de prévention des risques et de protection de la santé des professionnels.

Savoir travailler ensemble sur le fondement de valeurs communes, d'un sentiment d'appartenance et d'une confiance mutuelle

Face à la diversité des métiers, les professionnels doivent s'appuyer sur un socle de valeurs communes, la connaissance des métiers et le respect des compétences de chacun. Le partage de valeurs communes, la disponibilité et la bienveillance mutuelle entre collègues contribuent par ailleurs à la constitution d'un environnement de travail approprié et confortent le sentiment d'appartenance à l'établissement. Le management par la confiance permet la consolidation des relations entre l'ensemble des professionnels. Il nécessite un dialogue social renforcé et une valorisation de la fonction managériale.

complément de ce tutorat, un programme de formation doit être défini afin d'enrichir la formation initiale d'infirmier dans la clinique de la psychiatrie.

L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants sont primordiaux pour l'ensemble des métiers. L'accueil est aussi un temps qui doit permettre au nouvel arrivant de se présenter au service mais réciproquement qui doit conduire le service à se décrire et à présenter le CHAI.

Une formation d'initiation à la psychiatrie doit être proposée à tout nouvel arrivant quel que soit son domaine d'activité.

Un nouveau livret d'accueil doit être élaboré et donné à tout nouvel arrivant. De même, en concertation avec l'ensemble des services, le contenu type d'une « mallette de présentation » doit être défini pour une information homogène. Enfin, le dispositif de tutorat devra être généralisé pour l'ensemble des métiers et dans tous les services.

Accueillir et intégrer les nouveaux arrivants

En lien étroit avec la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants permettent de veiller à l'adéquation entre les besoins actuels et futurs et les compétences nécessaires, notamment par des actions de formation et leur évaluation.

De même, le transfert des savoirs par le tutorat doit renforcer l'attractivité et la fidélisation. En

Reconnaître et renforcer le professionnalisme – Encourager la participation des professionnels

Chaque professionnel, quel que soit son niveau de compétences, participe au fonctionnement du CHAI et à ce titre mérite d'être reconnu ; il a besoin d'être acteur dans son environnement de travail et l'institution doit pouvoir l'accompagner dans son autonomie

professionnelle ; la méconnaissance des métiers et des missions de chacun peut contribuer à de nombreuses incompréhensions, sources de mal-être voire de conflit.

Une stratégie de communication sera mise en place pour améliorer la connaissance des différents métiers hospitaliers ; toute action en ce sens améliore et renforce le professionnalisme de l'ensemble des agents. Une attention particulière devra être apportée aux parcours de fin de carrière afin de valoriser l'expérience et la transmission des savoirs notamment par la mise en place d'ateliers-rencontres seniors-nouveaux arrivants.

Entretenir la motivation au travail

La motivation au travail est étroitement liée au sentiment de reconnaissance perçu par chaque professionnel. La reconnaissance au travail se vit au quotidien sous diverses formes et dimensions. L'équité dans la gestion des ressources humaines, la valorisation des savoirs par la GPMC, la recherche d'amélioration dans les conditions de travail ou encore un management participatif sont autant d'axes à développer pour entretenir la motivation au travail et faire émerger les initiatives individuelles ou les projets d'équipes.

Développer le dialogue, la confiance et les relations entre professionnels (lieux d'échanges)

Le dialogue crée du lien qui conforte l'identité professionnelle et favorise la solidarité et l'entraide.

Certains métiers se sont structurés en collèges au sein du CHAI (psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, secrétaires médicales).

Il conviendra de développer les lieux de dialogue entre professionnels d'un même

métier mais également entre professionnels de métiers différents, dans un cadre d'échanges pluri professionnel d'analyse de la pratique et/ou de retours d'expériences.

Prévenir les situations génératrices de difficultés professionnelles (médiation, supervision, dispositifs d'accompagnement spécifiques)

Cette prévention commence par une attention particulière à porter aux difficultés personnelles révélées entre autres par l'absentéisme ou l'exposé d'un sentiment d'échec. Des nouvelles modalités d'expression sont à trouver afin d'anticiper ce type de difficultés. L'association de la médecine du travail pour l'identification des situations « à risque » et la recherche de solutions est indispensable.

De même, l'analyse de la pratique et la supervision devront être questionnées et revues pour être améliorées et mieux répondre aux besoins des professionnels.

Enfin, il conviendra de s'interroger sur l'existence d'une fonction de médiation, inexistante à ce jour au sein du CHAI, afin d'en définir la fonction, le profil et les missions.

Promouvoir l'égalité et lutter contre les discriminations

Le CHAI s'engage dans une démarche sociale volontariste visant à favoriser la confiance et le respect mutuel dans l'environnement de travail afin de prévenir toutes formes de discrimination et de harcèlement.

La prévention des situations de harcèlement sera un axe de la stratégie de prévention des RPS. Une formation sera intégrée dans l'accompagnement des professionnels notamment par des actions de sensibilisation, le rappel du circuit de signalement existant et le suivi des éventuelles déclarations

2. LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Conforter une politique RH garantissant la mise en œuvre des projets et la sécurisation des parcours professionnels

Chaque professionnel doit pouvoir se projeter dans son parcours professionnel grâce à la sécurisation de son emploi. La politique de recrutement doit être définie dans une optique d'attractivité, de fidélisation mais aussi d'équité, d'égalité de traitement et de transparence notamment en matière de niveau de rémunération et de valorisation de l'expérience professionnelle.

Formaliser une politique de remplacement adaptée aux besoins institutionnels

Le remplacement du personnel non médical est géré au niveau du pôle puis de l'institution. Une analyse de l'absentéisme et du besoin de remplacement devront permettre d'évaluer les moyens nécessaires à la politique de remplacement. Les missions, les effectifs et l'activité des SICS feront l'objet d'une étude spécifique.

Mise en œuvre et évaluation de la charte de gestion des contractuels

Adoptée en octobre 2018, la mise en œuvre de la charte de gestion des contractuels doit aider à la lisibilité de la politique de remplacement, faciliter l'accès des contractuels de remplacement aux postes vacants et le passage en CDI. Une attention particulière sera portée aux conditions de fin de contrat et notamment à la situation des femmes enceintes.

L'évaluation annuelle de sa mise en œuvre permettra d'en vérifier le respect et d'envisager son éventuelle évolution.

Optimiser les organisations à travers la gestion des RH

Cet objectif d'efficience au service du patient passe par l'amélioration de la coordination entre les différents professionnels.

Cette recherche d'efficience dans l'organisation doit être bénéfique aux professionnels et être pensée en lien avec la présence médicale et en cohérence avec l'activité des métiers transversaux (psychologues, assistants sociaux...).

Protéger la santé et renforcer la synergie avec le service de santé au travail

En lien étroit avec la prévention des risques professionnels et psychosociaux, le service de santé au travail est l'acteur essentiel pour la promotion du bien-être au travail. Afin de faciliter le maintien ou le retour à l'emploi, le service de santé au travail doit poursuivre son dialogue constructif avec le personnel d'encadrement en particulier.

Des études ergonomiques pourront être conduites en fonction des projets dans le but d'améliorer les conditions de travail.

Une attention particulière devra être apportée aux femmes durant les périodes de grossesse et d'allaitement (en termes d'affectation et de respect des droits).

Prévenir et gérer les risques professionnels (RP) et psychosociaux (RPS)

La question des risques professionnels et psychosociaux du personnel en santé mentale est essentielle. Leur prévention et leur gestion implique des actions de formation et d'information régulières. Leur maîtrise nécessite la mise en œuvre d'une gouvernance adaptée afin d'en faciliter la prévention, l'identification et la prise en charge.

Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) existe. Il est actualisé chaque année. Un pilotage de la gestion des RP et des RPS est également défini. Néanmoins, l'évaluation des risques devra être approfondie. En effet, force est de constater que cette gestion ne répond que partiellement au besoin de prévention et qu'un effort important devra permettre d'appréhender la violence au sein de l'institution, risque particulièrement présent en établissement de santé mentale.

Garantir un environnement de travail sécurisé

L'effectif minimum par service devra être défini institutionnellement après négociations. Adossée à l'objectif de protection de la santé, la garantie d'un environnement de travail sécurisé impose l'analyse des accidents de travail et des situations à risques. De même, la prévention, l'analyse et la gestion des situations de violence sont essentielles. Si le rôle de la formation demeure indiscutable, toute autre forme d'accompagnement médico psychosocial mérite d'être développée.

Accompagner et faciliter le développement et l'utilisation des nouvelles techniques de travail (téléconsultation, télé Réunion, télétravail...)

Tous les outils informatiques permettant d'améliorer les conditions de travail en termes d'organisation ergonomique, de préservation et de protection de la santé doivent continuer à être développés.

Ainsi, les conditions d'accès au télétravail, dont la mise en œuvre a été autorisée en 2018, devront évoluer afin de s'adapter aux besoins permanents des professionnels (les médecins par exemple) et/ou à certains contextes spécifiques (canicule, grand froid...).

Aménager les parcours de fin de carrière

La fin de carrière est un moment particulier, vécu différemment en fonction des individus et de leur ressenti. Afin de faciliter le maintien dans l'emploi et la transmission des savoirs, il convient d'initier une réflexion institutionnelle sur la gestion de cette population de professionnels.

Afin d'évaluer la pénibilité ressentie et les souhaits de l'agent, y compris en matière de formation, des entretiens spécifiques de fin de carrière peuvent être organisés.

De même, une réflexion sur l'utilisation du CET mérite d'être engagée afin d'évaluer les possibilités d'aménagement du temps de travail en fin de carrière.

3. LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES (GPMC)

La GPMC fait le lien avec la stratégie RH, la gestion, la formation, l'entretien d'évaluation, l'entretien professionnel et la qualité de vie au travail autour d'une logique métiers-compétences.

Le CHAI s'est engagé dans la démarche GPMC en 2019. Accompagné par un organisme extérieur, le projet conduira à l'élaboration de

la cartographie de ses métiers, des référentiels compétences correspondantes ainsi que des fiches de postes. Il conduira également à moderniser les supports de recrutement, d'évaluation et d'intégration des professionnels. Enfin, il permettra d'identifier et d'écrire les processus et les bonnes pratiques RH.

Le projet GPMC est conduit par un comité stratégique et un comité de pilotage. Des groupes de travail seront ensuite mis en place en fonction des objectifs abordés. Si dans un premier temps, des métiers et services tests ont été déterminés pour lancer la démarche GPMC, l'objectif final est bien son déploiement et sa pérennisation sur l'ensemble des services et des métiers du CHAI.

LA DEMARCHE GPMC VISERA A :

Mettre en adéquation les besoins de l'établissement et les compétences

L'accès à la formation est un droit individuel reconnu à chaque professionnel.

Anticiper les évolutions des métiers et analyser l'impact sur la gestion des projets sont des défis à relever pour répondre aux besoins des patients et des professionnels. Pierre angulaire de la démarche GPMC, cette adéquation permet d'éviter ou de limiter la perte de compétences. La démarche GPMC doit permettre d'assurer un suivi prévisionnel des postes. Elle nécessite une réflexion coordonnée entre la DRH et l'ensemble des pôles et/ou directions.

Accompagner les parcours professionnels internes et externes

La réflexion sur les parcours professionnels est essentielle.

La recherche d'adéquation entre les besoins de savoirs et de compétences de l'établissement et les projets individuels implique l'accompagnement de parcours professionnels en lien étroit avec la formation continue.

Cette réflexion doit orienter la stratégie institutionnelle en matière de :

- Accès à la promotion professionnelle ;
- Offre de formation ;
- Calendrier relatif à la réception des demandes afin de l'adapter aux contraintes des délais d'inscription.

La considération et l'accompagnement des parcours professionnels favorisent l'attractivité, la fidélisation et la motivation des professionnels.

L'accompagnement personnalisé devra être développé par la mise en place d'une fonction d'accueil et de conseil au niveau du service de la formation continue.

Faciliter la transmission des savoirs et des compétences

La pratique du tutorat actuel est basée sur le volontariat pour les tuteurs et uniquement développée pour les infirmiers.

En lien avec la politique d'attractivité, il convient d'élargir cette pratique aux autres métiers et de donner au tutorat une dimension de projet institutionnel (projet tutorat) en :

- Généralisant le dispositif existant ;
- Formant au minimum un tuteur par service ;
- Valorisant la fonction de tuteur ;
- Définissant un parcours d'intégration par profil de poste ;
- Facilitant la stabilité des équipes.

Accompagner les nouveaux métiers

De nouveaux métiers émergent avec la mise en œuvre des projets et l'adéquation avec les besoins de l'établissement. On peut citer par exemple le métier de référent hôtelier, mis en place avec les nouveaux bâtiments d'hospitalisation complète, le métier de responsable de site pour le centre ambulatoire de santé mentale de Saint-Martin-d'Hères, ou prochainement les métiers de responsable développement RH, d'assistant parcours professionnels nécessaires pour le déploiement de la démarche GPMC et d'infirmier de pratiques avancées.

Ces nouveaux métiers doivent être connus et reconnus, ce qui nécessite des actions spécifiques en matière d'accompagnement (référentiel métier, fiche de poste, parcours d'intégration et de formation) et de communication.

Identifier les métiers sensibles

Les métiers sensibles doivent être clairement identifiés et reconnus comme tels au niveau institutionnel.

L'élaboration puis la mise à jour régulière de la cartographie des métiers permet de déterminer les métiers sensibles c'est-à-dire susceptibles de disparaître faute de professionnels, de subir d'importantes transformations ou détenus par peu de professionnels. La démarche GPMC conduira à définir la stratégie nécessaire en termes de recrutement ou de formation qui limitera le risque d'absence ou de perte de compétences et d'activités par voie de conséquence.

Faciliter la mobilité professionnelle

La mobilité professionnelle choisie doit être encouragée car c'est un facteur de remobilisation personnelle sur son poste de travail.

Hormis le mouvement annuel organisé par la direction des soins pour le personnel soignant, la mobilité est liée à la vacance d'un emploi, fondée sur le volontariat des professionnels et soumise au choix de l'encadrement.

Il apparaît essentiel de définir, actualiser et faire connaître les règles de mobilité au CHAI ainsi que la liste mise à jour des postes vacants. Ces dernières devront faciliter la mobilité et l'accès aux postes vacants pour les contractuels sur emplois de remplacement. Elles pourront également conduire à s'interroger sur les « bonnes pratiques » en terme de durée d'affectation sur un poste.

L'articulation mobilité professionnelle – formation continue devra conduire à faciliter l'accès à la formation pour les professionnels dont la mobilité nécessite une actualisation de leurs connaissances.

Le développement de « journées d'immersion » pourra également être réfléchi pour favoriser la mobilité.

4. LE MAINTIEN DES PROFESSIONNELS DANS L' EMPLOI

La problématique du maintien dans l'emploi est un sujet prégnant et qui recoupe diverses situations individuelles et/ou collectives telles que la gestion des inaptitudes, l'accompagnement des professionnels de retour après un arrêt de travail long, la mobilité professionnelle en lien avec une reconversion ou un reclassement...

L'ANFH a proposé aux établissements un dispositif d'accompagnement à la mise en place d'une démarche de diagnostic et de définition d'un plan d'actions en faveur du maintien dans l'emploi. Le CHAI s'est engagé dans cette démarche (CTE du 14 juin 2018) et une offre d'accompagnement par un prestataire est en cours de contractualisation.

Ce travail devra permettre de mieux répondre à l'obligation réglementaire, de favoriser le maintien dans l'emploi des professionnels et d'améliorer la qualité de vie au travail avec :

- La réalisation d'un diagnostic de la politique et des pratiques RH en matière de maintien dans l'emploi ;
- La définition d'une politique institutionnelle de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien dans l'emploi ;
- L'élaboration d'un plan d'actions dédié et tenant compte des trois dimensions suivantes :
 - o La prévention du risque d'inaptitude ;
 - o L'accompagnement des professionnels en situation d'inaptitude ;
 - o La prise en charge du handicap ;
- L'évaluation de la réalisation du plan d'actions et l'atteinte des objectifs.

5. L' ARTICULATION VIE PRIVÉE/VIE PROFESSIONNELLE

En lien avec la qualité de vie au travail, la recherche de la meilleure articulation possible entre la vie privée et la vie professionnelle est un gage d'attractivité et de fidélisation, de présentéisme et de motivation.

IL CONVIENDRA DE :

Conforter les dispositifs favorisant l'articulation vie privée/vie professionnelle

Une recherche d'adéquation entre les affectations administratives et la résidence familiale peut contribuer à une meilleure articulation entre vie privée et vie professionnelle. Elle peut également amener à améliorer l'attractivité sur certains territoires.

Recenser les besoins afin d'optimiser les prestations de service

- Crèche
- Politique logement et partenariat avec les bailleurs
- Plan de mobilité et identification des contraintes liées aux transports en commun pour les professionnels
- Télétravail
- Accès à des services de restauration

6. LE DIALOGUE SOCIAL

Améliorer les relations avec les représentants du personnel

Le développement d'un dialogue social constructif demeure un objectif institutionnel avec notamment la garantie du bon fonctionnement des instances et du respect du droit syndical facilitant la conduite des projets et l'accompagnement au changement.

Une des conditions de l'amélioration du dialogue social consistera en la mise à disposition d'outils partagés, à l'exemple du tableau des emplois. Dans le cadre de la bonne circulation de l'information, les organisations syndicales seront destinataires des notes de service et d'information diffusées sur l'établissement.

Pour le domaine de la formation continue, une commission ad hoc issue du CTE sera mise en

place. Elle se prononcera sur la base des informations relatives aux réponses faites à l'ensemble des demandes de formation.

Pour permettre à chacun des partenaires d'assumer son rôle, une démarche innovante d'analyse est mise en œuvre.

Créer des espaces de partage et d'échanges collaboratifs sur les projets et pratiques institutionnels

Adossé au projet managérial, un dialogue social modernisé est un axe fort du projet social. Il contribue à développer la concertation entre l'ensemble des professionnels et à créer un climat social propice au bien-être au travail, à la reconnaissance et à la motivation.

7. LE MANAGEMENT

Accompagner le personnel d'encadrement

Une attention particulière sera apportée au personnel d'encadrement, en amont de leur prise de fonctions grâce à un processus d'évaluation qui favorise, en lien avec la GPMC, la reconnaissance de l'expérience et l'accès à la formation.

Comme l'ensemble des autres professionnels, les managers ont besoin d'un parcours d'accueil et d'intégration dans leurs nouvelles fonctions. Ainsi, la participation systématique au « Parcours de formation modulaire » dédié aux encadrants et proposé par l'ANFH, permettrait d'évaluer les besoins en formation de tout nouveau cadre.

Enfin, tout au long de leur carrière, face à la complexité des situations, les managers ont besoin de développer leurs compétences afin de leur permettre d'atteindre leurs objectifs professionnels, de mieux comprendre le changement et d'en être acteur. Un accompagnement spécifique pour le développement des potentiels et des savoir-faire devra être proposé.

Le tutorat pour les nouveaux arrivants ainsi que des temps d'échanges et de partage sur la pratique professionnelle devront également faciliter l'accompagnement par les pairs.

Améliorer l'entretien d'évaluation (outil de GPMC, de management et de motivation)

En lien avec la GPMC, l'entretien d'évaluation est également un outil de dialogue social qui mérite d'être professionnalisé ce qui nécessite la formation de l'ensemble des managers à la conduite de l'entretien.

Une campagne de communication régulière doit faciliter la compréhension des objectifs visés par tous (managers et managés).

Il doit tenir compte des spécificités de chaque métier, des besoins et des attentes de chaque professionnel évalué.

Améliorer la communication avec les pôles et favoriser la circulation de l'information

En lien avec le projet managérial, la circulation de l'information au sein des pôles et l'organisation du relais des informations institutionnelles doivent être facilitées.

Faire connaître et partager les orientations stratégiques institutionnelles

La concertation dans les prises de décision grâce à l'association des professionnels aux choix de service ou du CHAI doivent être favorisées.

Optimiser les outils de communication

Les outils de communication doivent s'adapter pour faciliter les échanges, la circulation de l'information et la concertation.

Toutefois, dans un contexte de changement, de nécessaire innovation et de recherche de créativité, ils devront aussi encourager l'émission et le recueil des idées. Cette dynamique pourrait être facilitée par la création d'un espace dédié aux suggestions et la mise en place d'un comité chargé de leur gestion.

✦ LE PILOTAGE ET LE SUIVI

1. L' ORGANISATION DU PILOTAGE ET DU SUIVI

Suite à l'avis spécifique du CTE sur le projet social et à la validation institutionnelle du projet d'établissement, le comité de pilotage évoluera en comité de mise en œuvre et de suivi du projet social 2019-2023.

Ce comité aura pour première mission de traduire les objectifs retenus pour chaque thématique en fiches actions. Pour cela, il s'appuiera notamment sur l'analyse des réponses au questionnaire proposé aux professionnels. Il validera également la désignation des chefs de projet et des équipes projets prévus pour chaque action. Enfin, il fixera le calendrier de réalisation du projet.

Les chefs de projet et équipes projet constituent l'échelon opérationnel de la réalisation des objectifs. Les chefs de projet organisent le travail des équipes qui leur sont adjointes. Ils rendent compte au comité de mise en œuvre et de suivi.

Chaque action mise en œuvre dans le cadre du projet social est évaluée par le comité de suivi et de mise en œuvre au vu d'indicateurs définis dans les fiches actions.

Le CTE et le CHSCT sont informés régulièrement et au moins une fois par an de la réalisation des objectifs du projet.

2. LE ROLE DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale et en donne les orientations pour les cinq années à venir. Les orientations du présent projet visent à créer une dynamique de modernisation sociale au sein de laquelle la DRH doit être pilote.

Garante du changement et de la qualité de vie au travail, la DRH doit apporter son expertise pour la réalisation des objectifs et le pilotage des projets. Elle doit également moderniser et adapter sa propre organisation afin de la mettre en cohérence avec son rôle au sein du CHAI ainsi qu'avec les enjeux institutionnels et les évolutions souhaitées.

Chapitre 09

Projet managérial

CHAPITRE 09 – LE PROJET MANAGÉRIAL

✦ ACCOMPAGNER LA GOUVERNANCE PAR POLE ET GARANTIR UNE ORGANISATION TRANSVERSE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON TERRITOIRE

L'organisation de l'établissement en **pôles d'activités** conformément aux dispositions de l'article L6146-1 du code de la santé publique permet la mise en œuvre de la politique d'établissement sur la base du projet médical et de soins. Le périmètre d'intervention de chacun des pôles cliniques est cohérent avec le découpage sectoriel. Le pôle infanto-juvénile intervient sur l'ensemble des secteurs. Certaines activités sont structurées dans un cadre inter polaire voire départemental. La chefferie de pôle doit intégrer, dans sa gouvernance coordonnée avec les responsables de structures internes et les cadres, les paramètres d'éloignement géographique et de multiplicité des structures.

Le pôle clinique, représenté sur chacun des territoires de proximité, participe activement à la dynamique des **Conseils Locaux de Santé Mentale** (CLSM) ; il est le garant d'une approche transversale et partenariale sur son domaine d'intervention. Il doit ainsi veiller à l'action concertée des structures extra/intra, à la coordination avec les acteurs du premier recours pour **éviter les ruptures de parcours** du patient et **formaliser les liens avec les partenaires** sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs, politiques pour des actions menées en cohérence et en complémentarité en matière **de prévention, de repérage, de soins et d'accompagnement**.

Chaque chef de pôle, assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un attaché d'administration, organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du

pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services.

Les **contrats de pôle** signés en 2018 précisent les objectifs, les moyens du pôle, les indicateurs d'évaluation ainsi que la délégation de gestion.

« Les réunions d'équipe sont incontournables pour transmettre les informations descendantes, ascendantes, et transversales, donc assurer une cohérence de l'organisation hospitalière. C'est le lieu où l'on cultive le sens du travail.

*Les réunions cliniques viennent ensuite pour assurer la compréhension, le débriefing des prises en charge. C'est le lieu de la cohérence autour du patient. L'analyse des pratiques permet de revenir sur les situations complexes, afin de les comprendre, de les intégrer, et d'éviter de les reproduire. »**

Les paramètres de dimension d'un pôle, de distance géographique et fonctionnelle entre les structures au sein des pôles peuvent interférer sur les conditions d'une gouvernance par pôle réussie. Ces points feront l'objet d'une attention particulière et pourront être traités sous l'angle de la taille optimale des structures, voire de redécoupage de pôles, de l'amélioration du lien avec les responsables de structures, des relais décisionnels pour répondre, organiser, faire référence, donner une direction aux équipes.

Les responsables de pôle devront être attentifs aux modalités de **concertation et de consultation interne** avec leurs personnels et à l'organisation régulière de temps d'échange et d'informations par l'encadrement sur les projets du pôle et leur mise en œuvre.

Les **représentants d'usagers**, force de propositions et d'information, seront associés à la gouvernance pour participer à la réflexion stratégique et au suivi de sa mise en œuvre. Ils intégreront les groupes de travail transversaux, les instances de pôle, au-delà de leur participation aux instances du CHAI. L'établissement va poursuivre ses actions en faveur de la **pair-aidance** dans les structures internes mais aussi associer les pairs-aidants à l'élaboration de programmes de formation et d'éducation thérapeutique.

La **contractualisation** avec les pôles est encore récente, les directions fonctionnelles veilleront à ce que les pôles soient en mesure de suivre et d'analyser de manière effective les résultats de leur gestion sur la base des **indicateurs** de référence.

Les équipes de direction et notamment les **pôles supports** participent au même titre que chacun des pôles à la déclinaison de la politique d'établissement dans une vision transverse. Les

contrats de pôle permettent des rencontres régulières et un dialogue autour des projets.

La **coordination institutionnelle** des dynamiques de pôles, qui relève du **directoire**, requiert une approche transversale inter polaire qui peut s'exercer à plusieurs niveaux par : la mise en place d'un comité des projets, les échanges entre les bureaux de pôles, les cadres, les coordinations de CLSM, les équipes mobiles, les réunions régulières du comité médical, la désignation de directeurs référents de projet. Il sera par ailleurs proposé des rencontres inter polaires d'équipes autour de thématiques transversales et de retours d'expériences des pôles et des représentants des usagers (le point sur...) ainsi qu'un séminaire annuel (directions, trios de pôles et présidence de CME).

« En effet, je trouve que nous ne travaillons pas suffisamment de façon transversale entre nous, pour les patients dont nous nous occupons. » *

✦ DONNER DU SENS A L' ACTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE ET FACILITER LES ECHANGES SUR LES INFORMATIONS ET PROJETS INSTITUTIONNELS

Le **sens de l'action** est donné par l'Institution et par la chefferie de pôle ; il l'est aussi par les valeurs au travail : **le respect, le non-jugement, la solidarité, par une organisation de travail bienveillante et structurée**, où chacun est à sa place et par la bonne circulation de l'information dans les réunions d'équipes et les réunions cliniques.

« Tout ce qui fait sens est à cultiver. » *

Le sens de l'action est donné par le **patient** lui-même qui demande à être **acteur du soin dans un parcours sans rupture**. Les actions de coordination, les explications apportées sur le diagnostic, sur les traitements, sur l'éducation thérapeutique en vue du rétablissement donnent du sens au parcours de soin et par là même à l'action des professionnels, du patient, de ses proches ou de la personne de confiance.

Le **parcours professionnel** de chacun, nourri de formation et d'expériences, s'inscrit dans un collectif de travail qui doit promouvoir cohésion d'équipe et approche collaborative favorable à un sentiment de confiance pluri professionnel et donne la possibilité de s'investir, d'être créatif et soutenu dans ses initiatives.

« La construction du sens du travail en collectif permet de se préserver des risques psychosociaux. » *

L'établissement s'engage à **décloisonner** les domaines d'exercice des personnels administratifs, techniques, logistiques et soignants, afin d'améliorer la perception du sens de l'action de chacun et des contributions

respectives pour la mise en œuvre d'une politique d'établissement.

L'établissement a pour objectif de faciliter l'accès et le partage des informations institutionnelles et notamment d'améliorer la connaissance collective des informations administratives et règles de gestion. Il est envisagé de mettre à disposition, sur une plateforme actualisée et accessible à tous, les réponses aux questions régulièrement posées en matière de gestion des ressources humaines (recrutement, avancement, mise aux stage, concours, carrière, formation, fin de contrats...), de logistique, de transport patients et déplacements de personnel, de budgets délégués aux pôles.

{ « Mieux communiquer pour mieux se comprendre. » * }

Parallèlement, une **plateforme d'échanges** avec les services supports permettra des questions directes et des réponses éclairées par des exemples afin d'explicitier le sens et l'objectif de certaines consignes au-delà des notes de services, de faire remonter des spécificités ou difficultés de mise en œuvre, de lever les incompréhensions (ex : règles sur les dépenses et remboursements d'activités thérapeutiques perçues comme une suspension des activités avec les patients).

Enfin les directions se déplaceront régulièrement hors les murs pour des temps d'information générale et des rendez-vous particuliers au plus près des lieux de travail des professionnels.

L'établissement a la volonté de promouvoir une démarche participative des professionnels et usagers et de faciliter l'accès et le partage sur les projets institutionnels.

Dans la continuité de la dynamique initiée pour l'élaboration du projet d'établissement, des **groupes de travail opérationnels et du comité de suivi** qui seront mis en place, l'objectif est de promouvoir une démarche projet participative, de faciliter les contributions, partages d'expériences et échanges de

pratiques des professionnels, pair-aidants, usagers concernés.

{ « Pouvoir travailler collectivement le sens des changements, les représentations que chacun s'en fait et les effets sur les personnels et sur les pratiques permet d'accompagner les personnels dans les changements. » * }

Afin de permettre à chacun des professionnels de mieux connaître les projets déployés sur l'établissement, une information régulière sera faite, en lien avec le service communication, par les parties prenantes sur les objectifs, le calendrier de mise en œuvre, les modalités d'accès aux documents présentés aux instances, l'évaluation et le suivi des actions.

Des **supports de communication collaboratifs** permettront le partage d'informations utiles à la pratique, la diffusion de pratiques et d'expériences. Cette évolution répond à la demande de nombreux professionnels pour échanger sur des problématiques communes, apporter collectivement des réponses et s'entendre sur des modes d'organisation, de fonctionnement, sur des valeurs, sur une éthique... connus par tous et appliqués à tous.

{ « Je travaille sur le CHAI depuis 2012 et j'apprends, encore aujourd'hui, l'existence de nouvelles structures d'accompagnement au travail, à la vie sociale... J'ai commencé, de manière personnelle, à rédiger un carnet d'adresse, mais je pense que quelque chose de plus institutionnel, comme une base de données participative serait intéressante. On peut faire le constat que ces connaissances sur les structures varient selon l'ancienneté, la fonction, les pôles, etc. Or il y a toujours un moment, quand on travaille le projet de soin du patient, ou on est en recherche de ces informations-là, qui parfois se perdent avec le départ d'un collègue. » * }

Une **politique active de communication** à la construction de laquelle les professionnels et usagers des pôles seront associés permettra de mieux faire comprendre notre organisation en termes de parcours patients, d'explicitier le sens des initiatives et des projets au sein de chaque pôle, au niveau de l'établissement et

des partenaires sur le territoire. Il faut faire connaître le CHAI, partager les initiatives des équipes, donner la parole aux usagers et veiller à privilégier une information ascendante et transversale. Les supports existent : Actu' CHAI, la lettre du projet (Actu' SMH, Demain (annexe de la lettre du projet d'établissement n°6)...), les journaux patients, les sites Intranet et Internet. Les plaquettes de présentation des

activités ou des pôles doivent être régulièrement actualisées voire créées, les bilans annuels d'activité doivent être diffusés et analysés. Les journées portes ouvertes seront encouragées. Des référents communication dans les pôles permettront de structurer la démarche avec le service communication.

✦ CLARIFIER LES REGLES ORGANISATIONNELLES ET MANAGERIALES POUR UNE MEILLEURE VISIBILITE INSTITUTIONNELLE DU FONCTIONNEMENT DES POLES

L'établissement a l'ambition de poursuivre la **modernisation de ses pratiques** dans le respect des conditions techniques de fonctionnement et des référentiels de soins en lien avec les recommandations nationales et par la mise en œuvre attentive des mesures relatives au développement professionnel continu des professionnels de santé.

L'organisation et le fonctionnement des pôles cliniques et des pôles supports doit s'inscrire dans une logique institutionnelle garante du **respect des règles de gestion et des dispositions réglementaires**.

La **dématérialisation** est en cours, les questions relatives aux dossiers patients partagés et à l'archivage sont traités au niveau du GHT.

Les pôles peuvent être confrontés à des difficultés de recrutement de certaines catégories de professionnels et envisager des modifications au tableau des emplois autorisés (transformations de postes, création ou suppression de postes, modification de la répartition des postes médicaux et non médicaux) ou le positionnement de professionnels sur des pratiques avancées. Ces **changements organisationnels** majeurs doivent être concertés avec la Direction et ne peuvent pas être mis en œuvre à tout moment pour garantir une cohérence institutionnelle en matière de politique de recrutement, de GPMC, d'attractivité sur des métiers et de sécurité juridique des conditions d'exercice de

chacun des professionnels dans le respect des dispositions statutaires ou de la charte des contractuels.

« *Vacance de postes d'orthophonistes (statut libéral plus favorable) en pédopsychiatrie, quelle réflexion institutionnelle sur le recrutement de psychologues spécialisés en neuropsychologie pour accompagner les enfants souffrant de troubles psychiques dans leurs apprentissages et améliorer la réponse aux files d'attente ?* » *

La recherche de **postes adaptés** pour des inaptitudes temporaires ou définitives, la prise en compte de demandes d'aménagement d'horaires ou de postes, de changement temporaire d'affectation ne relèvent pas de la seule responsabilité des pôles et doivent être concertées au niveau de l'établissement.

Chaque pôle doit permettre la **diversité des pratiques** pour rendre les postes de travail attractifs tout en veillant à assurer la continuité de la mission de service public et à ne pas augmenter les multi affectations.

L'établissement s'engage dans une **politique de recrutement attractive** à l'égard du personnel médical et non médical sur la base de la description des projets, des missions confiées, du positionnement dans une équipe, de la localisation de l'activité et des perspectives de parcours professionnels.

Pour ce qui concerne les **parcours patients**, les pôles veilleront à se coordonner dans l'analyse des patients traceurs, l'évaluation des situations de rupture et les correctifs apportés. La question de la gestion des lits et de la

coordination des parcours devra être abordée à un niveau supra pôle (référents parcours, gestionnaires de lits...).

✦ RENFORCER LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL, LE SENTIMENT D' APPARTENANCE ET L' ENGAGEMENT INSTITUTIONNEL

Dans le cadre de la mise en œuvre de la **GPMC**, les missions des différents services et les fiches de postes seront plus lisibles et les compétences internes identifiées et reconnues.

Sur cette base, la politique de formation permettra un **accompagnement des parcours professionnels** et une meilleure expertise des professionnels sur les nouvelles modalités de prise en charge.

La **reconnaissance** des savoir-faire par les pairs et par l'encadrement, l'attention aux conditions de travail de chacun au sein d'une équipe contribuent à un exercice professionnel en confiance et au bien-être au travail.

L'encadrement doit être soutenu dans son rôle clef auprès des équipes et dans ses compétences managériales pour la déclinaison d'une politique d'établissement et de pôle.

« De même, encore trop d'agents, après une réunion de fonctionnement font le constat amer que la réunion n'a servi à rien. Ceci dit il est facile de critiquer sans prendre sa part de responsabilité et apporter une réflexion constructive à sa critique. C'est je pense à cet endroit que le cadre pourrait peu à peu insuffler à chaque agent cette prise de conscience, que chaque individu que compose une équipe, a un pouvoir d'action dans la réflexion et la prise de décision dans la vie du service. Je pense que cela ne peut qu'entraîner un cercle vertueux où l'épanouissement individuel rejoint et se confond avec celui du collectif. Et un agent heureux est un agent qui offre une meilleure qualité de soins aux usagers. » *

La **cohésion d'équipe** est primordiale. L'établissement sera attentif à la pluridisciplinarité, au compagnonnage intergénérationnel, à la transmission des savoirs aux nouveaux arrivants, à la mise en œuvre effective du dispositif de tutorat organisé en binôme tuteur/tutoré au sein des équipes, à l'accompagnement des agents en difficulté dans leur exercice professionnel qui facilitent l'intégration dans une équipe. Il encouragera les formations régulières sur les pathologies et leur accompagnement, sur les situations cliniques, les EPP, qui enrichissent les connaissances (journées thématiques semestrielles, rencontres inter établissements). Il sera vigilant sur la réalité des espaces de partage et d'échanges autour des projets qui contribuent à l'adhésion et la stabilisation des équipes.

« La place des espaces de parole collective permet de renforcer la cohésion et la cohérence au sein des équipes, de tricoter une relation de confiance entre collègues et avec la hiérarchie. » *

L'établissement souhaite réaffirmer sa **responsabilité sociétale**, promouvoir, en complément de Lilo, une **démarche éco responsable globale** et s'investir dans la communauté par des actions visibles et positives : campagne annuelle de don du sang, tri des déchets et recyclage (possibilité d'apporter piles, ampoules, médicaments périmés dans des bennes au CHAI pour l'ensemble du personnel et de la commune). L'établissement va lancer une réflexion interne autour du **développement durable** sur les thématiques de tri sélectif, de gaspillage alimentaire, de consommation d'eau et

d'énergie, de recours à des énergies renouvelables.

L'établissement envisage de participer ou d'organiser des **événements fédérateurs** (barbecue de la fête de la musique, spectacle de Noël, manifestations sportives,

culturelles...). Les actions **Culture et Santé** seront encouragées avec la désignation de référents Culture et Santé dans les pôles, correspondants du service de communication, chargé de la gestion de projet.

Chapitre 10

Projet pharmaceutique

CHAPITRE 10 – PROJET PHARMACEUTIQUE

L'élaboration et la conduite du volet pharmaceutique du projet d'établissement se déroulent en lien étroit avec les autres composantes du projet d'établissement, notamment le projet médical et le projet de soins. Le projet pharmaceutique incorpore également les orientations prises au niveau du projet pharmaceutique du GHT. Enfin, il répond aux évolutions réglementaires concernant l'activité de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

✦ CONTEXTE REGLEMENTAIRE

TEXTES DE REFERENCE PECM

1. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) dans les établissements de santé.
2. Circulaire DGOS du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la PECM dans les établissements de santé.
3. Guide HAS février 2018 « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins ».

TEXTES DE REFERENCE ACTIVITE PUI

1. Ordonnance 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux Pharmacies à Usage Intérieur, article L5126-2 relatif au projet médical partagé comprenant un projet de pharmacie qui organise les coopérations.

2. Directive européenne sur la sérialisation des médicaments 2011/62 du 8 juin 2011.

TEXTES DE REFERENCE CAQES

1. Décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dit « CAQES », pris en application de l'article 81 de la LFSS N°2015-1702 du 21 décembre 2015.
2. Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L162-30-2 du Code de la sécurité sociale.
3. Instruction interministérielle n°DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

✦ DOCUMENTS INTERNES

1. Livret d'accueil des nouveaux arrivants soignants de l'établissement (dernière version janvier 2019).
2. Plan d'action PUI intégré au plan d'action qualité du CHAI.

✦ VOLET PHARMACEUTIQUE DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023

- La PUI du CHAI participe, en qualité de service support et ressources, au bon fonctionnement de la prise en charge des patients du CHAI, tant en hospitalisation complète que dans les structures ambulatoires. Dans ce cadre, elle maintient et améliore son système qualité et de prévention des risques dans toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse et dans tous les lieux de soins dans lesquels elle est amenée à intervenir. (Axe 1)
- Conformément aux préconisations de la Haute Autorité de Santé, elle contribue aux soins de santé tout au long du parcours du patient, et notamment dans son parcours hospitalier. (Axe 2)
- Par ses actions de formation et d'information, elle participe au maintien et au développement des compétences des professionnels du CHAI dans son domaine d'expertise. (Axe 3)
- Le service pharmacie est également partenaire majeur du projet qualité et gestion des risques (management de la PEC médicamenteuse du patient, Sécurimed, CMDMS, gestion du risque infectieux) et du projet Système d'Information (volet GHT dont migration Easily avec maintien des performances, non régression du système actuel et mise à niveau réglementaire). (Axe 4)
- Le CHAI est membre du GHT Alpes Dauphiné. À ce titre, le service pharmacie participe aux travaux initiés et conduits dans le cadre du projet pharmaceutique du GHT. (Axe 5)

Axe 1 – Système qualité et prévention des risques de la prise en charge médicamenteuse du patient

Améliorer les flux logistiques en collaboration avec le service logistique et dans le cadre de la commission Sécurimed :

- Mettre en place les livraisons de pharmacie dans les magasins logistiques déportés (caisses et chariots) des unités intra hospitalières.
- Mettre en place le transport des produits pharmaceutiques dans les structures extra hospitalières.
- Mettre en place le suivi informatisé de la traçabilité des caisses de la pharmacie à l'unité de soins avec une traçabilité complète « contenant-contenu ».

Terminer la mise en place des dotations Plein-Vide sur l'ensemble des structures intra hospitalières et des hôpitaux de jour en extra hospitalier.

Poursuivre la gestion des armoires Plein-Vide par les préparateurs : scannage des commandes dans l'unité pour le réapprovisionnement hebdomadaire, rangement des commandes dans l'armoire Plein-Vide, gestion des périmés.

Sécuriser l'administration des médicaments en participant à la mise en place du projet institutionnel sur la préparation et l'administration des traitements devant le patient : réorganisation de la préparation des chariots de Dispensation Individuelle Hebdomadaire Nominative (DIHN) pour un départ à 11 heures et changement du planning de dispensation, scannage et transport. Suivi de la mise en place des pratiques en commission Sécurimed.

Réévaluer la composition harmonisée des dotations des CMP : composition validée du CMDMS du 19 mars 2019.

Mettre en place l'obligation réglementaire européenne de lutte contre la falsification des médicaments appelée « Sériation ».

Évaluer les Pratiques Professionnelles (EPP) :

- Maintenir trois fois par an, la visite des locaux pharmacie des unités intra hospitalières avec recueil de critères d'évaluation (indicateurs de suivi) et procès-verbal partagé de visite avec le cadre de l'unité de visite.
- Mettre en place des visites annuelles des locaux pharmacie des hôpitaux de jour extra hospitalier avec recueil de critères d'évaluation (indicateur de suivi) et procès-verbal partagé de visite avec le cadre de l'unité de visite.
- Faire des visites à la demande des CMP afin d'évaluer les pratiques et de diffuser les bonnes pratiques (dotations et traitements personnels des patients gérés par les CMP).
- Participer à l'EPP concernant la gestion des traitements médicamenteux dans les hôpitaux de jour, EPP pilotée par Sécurimed.
- Poursuivre les CREX PUI et les staff EPP validation.
- Mettre en place un staff conciliation médicamenteuse sur le modèle du staff EPP validation.
- Mettre en place de manière pérenne une pharmacie des erreurs pendant la semaine de la sécurité des patients.

Renforcer la pharmacovigilance :

- Rédiger la fiche de poste ciblée pharmacovigilance de l'interne en pharmacie.
- Sensibiliser les équipes soignantes à la transmission des événements indésirables liés aux médicaments à la PUI du CHAI
- Accompagner les soignants dans la déclaration au Centre Régional Pharmacovigilance (CRPV).

Axe 2 – Développer la pharmacie clinique

L'ordonnance du 15 décembre 2016, relative aux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), introduit réglementairement la pharmacie clinique dans les missions du pharmacien hospitalier : le pharmacien de PUI se doit « *de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient.* »

Le développement de la pharmacie clinique fait également partie du contrat socle du CAQES selon l'instruction interministérielle. Des indicateurs nationaux prédéterminés permettent de mesurer la réalisation de ces obligations comprenant, entre autres, la conciliation médicamenteuse, la traçabilité et le suivi des interventions pharmaceutiques dans le cadre de la validation des prescriptions.

Les activités de pharmacie clinique, à renforcer ou à mettre en place, sont en cohérence avec le projet médical d'établissement qui souhaite développer des parcours spécifiques pour troubles débutants (travail avec la pédopsychiatrie), pour les comorbidités et situations complexes (ciblage des patients à risques pour la conciliation médicamenteuse à l'admission), pour les psychoses chroniques en perte progressive d'autonomie (travail avec la filière de la psychiatrie du sujet âgé).

Mettre en place des réunions médicales de cas complexes entre l'équipe mobile et l'unité de soins de psychiatrie du sujet âgé, l'unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie et les pharmaciens du CHAI.

Étendre la conciliation médicamenteuse à l'admission, mise en place à l'APEX et au pôle Grenoble Grésivaudan, à l'ensemble de l'établissement en intégrant la notion de patients à risque et de médicaments à risque dans la démarche de ciblage des patients.

Poursuivre le suivi hebdomadaire des interventions pharmaceutiques faites en validation des prescriptions, quand elles ne sont pas acceptées par les prescripteurs à J+7.

Développer les collaborations avec les réseaux de soins primaires : lien avec la pharmacie d'officine et le médecin traitant du patient lors de la conciliation médicamenteuse afin d'améliorer la continuité des soins et la sécurité de la prise en charge du patient à l'admission.

Axe 3 – Renforcer la formation et l'information

Développer la communication et l'information auprès des soignants :

- Intégrer la visite du service pharmacie dans le parcours de formation des nouveaux arrivants pour les soignants, pour une meilleure connaissance de l'organisation du circuit du médicament et de l'interopérabilité des systèmes.
- Présenter annuellement en réunion d'encadrement des cadres de santé, les bilans des visites des pharmacies des structures intra et extrahospitalières (bilans et présentations faits par le cadre de santé de la pharmacie).
- Poursuivre l'édition trimestrielle du bulletin d'information pharmaceutique.

Diversifier les modes d'exercice et les parcours professionnels :

- Faire une étude de faisabilité de l'intégration des préparateurs en pharmacie hospitalière au processus de conciliation médicamenteuse.

Axe 4 – Interfaces spécifiques avec le projet qualité et le projet système d'information

Participer au CAQES et aux actions à mettre en place : le pharmacien co-pilote du processus de la PECM renseigne les indicateurs en lien avec la prise en charge médicamenteuse.

La migration du SIH :

- Rédiger les spécifications fonctionnelles et le cahier des charges d'Easily pour l'activité pharmaceutique et travailler avec les acteurs d'Easily.
- Réaliser les tests pour valider les modules spécifiques et les interfaces lorsqu'une première version de travail du logiciel sera réceptionnée.
- Paramétrer le livret thérapeutique de l'établissement.
- Assurer la formation du personnel médical du CHAI.

Poursuivre la participation aux travaux dans le cadre du CMDMS, de Sécurimed et des instances qualité.

Axe 5 – Participer au projet pharmaceutique du GHT

Groupe GHT « Pharmacie Clinique » : participation du CHAI au PREPS OCTOPUS dont l'objectif principal est d'évaluer la mise en œuvre d'un modèle structuré d'organisation territoriale de la prise en charge médicamenteuse au cours du parcours de ville, médicosocial et hospitalier des patients.

Groupe GHT pharmacie « **Délivrance des produits pharmaceutiques** ».

Groupe GHT pharmacie « **Achat des produits pharmaceutique** ».

Groupe GHT pharmacie « **Stérilisation** ».

Chapitre 11

Schéma directeur des Systèmes d'Information

CHAPITRE 11 – SCHÉMA DIRECTEUR DES SYSTÈMES D'INFORMATIONS

Le Système d'Information du CHAI s'inscrit dans un contexte exigeant (évolutions technologiques, certifications, réglementations). Au service de tous les professionnels de l'hôpital et des patients, il répond à la logique de parcours de soins.

✦ LE SYSTEME D'INFORMATION DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023

Le **Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI)** participe à la réalisation des objectifs fixés du projet d'établissement, par l'évolution et la modernisation des outils de gestion. Il définit, pour une période de cinq ans, les axes qui seront poursuivis afin **d'améliorer le service rendu aux utilisateurs finaux, de sécuriser les circulations d'informations et de développer des activités et techniques nouvelles.**

Le SDSI 2019-2023 s'appuie d'abord sur le bilan du précédent SDSI. Il se situe très largement dans la continuité mais apporte également des axes nouveaux et complémentaires notamment liés aux nouvelles exigences réglementaires (nouvelle loi de santé, Hop'EN, ISO...).

Le SDSI 2019-2023 est décliné en projets qui font l'objet d'un calendrier et leur rang de priorité est défini.

✦ BILAN DU SDSI 2015-2019

Module archive Crossway	Abandonné
Gestion lits / ressources	Terminé
Parcours patient	Partiel
Messagerie sécurisée	Partiel
Dossier régional	Partiel
Expérimentation télémédecine CHAI	En cours
Téléconsultation au sein du CHAI	En cours
Télé expertise vers autre structure	En cours
Numérisation de la radiologie	Terminé
Pacs	Terminé
Gestion effectifs par pôle	Terminé
Formation e-learning, e-training	En cours
Modernisation GEF	Abandonné
Dématérialisation	Terminé
Certification des comptes	En cours
Indicateurs numériques	Terminé
Sécurité informatique / PRA	Terminé
Mobilité : accès distants	En cours
Évolutions technologiques : Impacts sur l'architecture du SIH	Terminé
Architecture réseau	En cours
Étude de l'existant et analyse des besoins	Terminé
Gestion polaire	Terminé
Aide à la décision	En cours
Évaluation et recherche	Abandonné
Gestion de projets	Terminé
GED	Terminé
Documentation	Terminé
Intranet	En cours
Site Internet	Terminé
Réseaux sociaux	En cours
Gestion des risques	Terminé
Restauration	En cours
Archivage	Abandonné
Biologie	Abandonné
GMAO – GTC	En cours
Outils de sécurisation des biens des personnes	En cours
Restauration	En cours
Planification des transports	Abandonné

Le SDSI 2015-2019 avait défini **38 actions principales structurées** en 11 axes de travail :

- Dossier patient
- Télémedecine
- Radiologie
- Ressources Humaines
- Finances
- Infocentre / pilotage médico-économique
- Travail collaboratif
- Communication
- Qualité
- Logistique mutualisée - CHT

Le bilan réalisé montre que, si un certain nombre d'éléments ont abouti, d'autres sont toujours en cours. Les retards constatés sont dus à la fois à des écueils techniques ou financiers mais aussi à un calendrier initial particulièrement ambitieux, à gérer à iso ressources humaines.

Des projets tels que la télémedecine manquaient d'un cadre réglementaire ce qui est aujourd'hui réglé, et a permis de lancer concrètement les expérimentations sur 2018/2019.

Le déploiement partiel des outils de communication vers l'extérieur

(MSS/DPPR/DMP...) est en cours de validation par les instances, les modalités techniques étant pour beaucoup réglées.

Certains dossiers ont été abandonnés au niveau de l'établissement afin de les faire porter à un niveau plus pertinent, celui du GHT (archivage/SI Achat...).

Enfin, il est important de prendre en considération la charge induite par les projets non anticipés dans le SDSI, dont certains non négligeables ont demandé un investissement humain et financier important :

- Mise en place de la traçabilité alimentaire et des températures (projet Datameal/Microlide)
- Migration de la validation pharmaceutique (projet M-Pharmacie)
- Migration et sécurisation du VPN et de l'accès Internet (projet Bouygues-Télécom Pro)
- Accès à l'information par les patients (projet tablettes patients)
- Mise en place du projet de recherche robotique (projet NAO)

Le phasage du SDSI sur cinq ans intègre la double dimension établissement et GHT et le respect des équilibres financiers.

Projets	2019	2020	2021	2022	2023	Total 5 ans
GHT	5 K€	72 K€	350 K€	360 K€	196 K€	984 K€
Outils sphère patient	98 K€	32 K€	32 K€	20 K€	20 K€	202 K€
Sécurité des systèmes d'information	80 K€	10 K€	10 K€	-	-	100 K€
Innovations et communication	6 K€	-	-	-	-	6 K€
Maintien en conditions opérationnelles	311 K€	285 K€	281 K€	265 K€	281 K€	1 426 K€
Logistique & sécurité	335 K€	350 K€	170 K€	-	-	855 K€

En synthèse, la répartition des investissements est la suivante :

TOTAL	835 K€	749 K€	844 K€	645 K€	498 K€	3 573 K€
Total GHT Alpes Dauphiné	5 K€	72 K€	350 K€	360 K€	196 K€	984 K€
Total CHAI	830 K€	677 K€	494 K€	285 K€	302 K€	2 589 K€

✦ AXES ET PLANNING DU SDSI 2019-2023

1. SDSI GHT

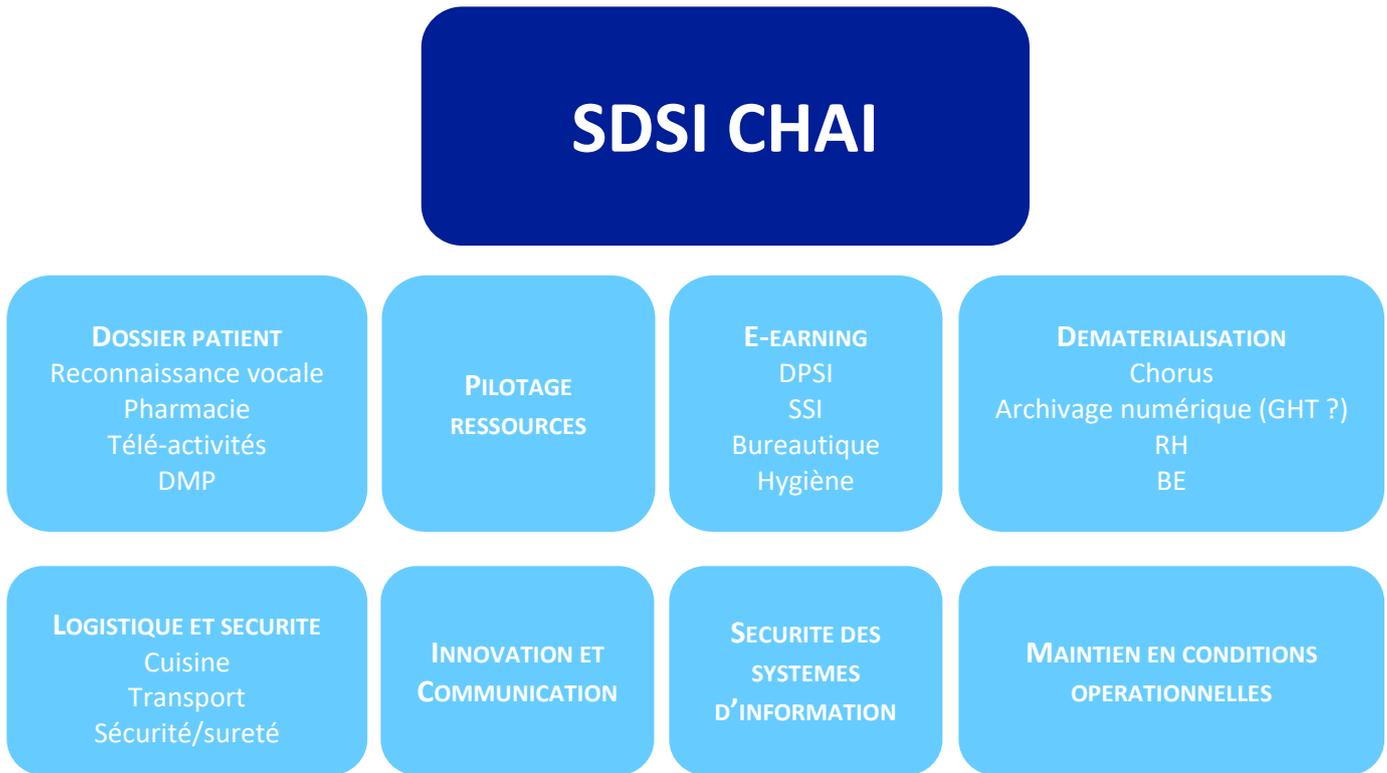


Partie prenante du GHT Alpes Dauphiné, pour lequel un SDSI a été validé, le CHAI doit prendre en compte les alignements nécessaires à la mise en œuvre du SDSI GHT avec quatre axes majeurs :

- Déploiement de la GAM Pastel
- Déploiement du DPI Easily
- Déploiement du PMSI Cora
- Mise en place d'un annuaire commun

L'objectif premier de cette orientation est de tendre vers un **référentiel unique des identités patients** articulé autour d'un ensemble logiciel identique permettant de simplifier le parcours patient au sein du territoire.

2. SDSI CHAI



Les projets du SDSI 2019-2023 s'inscrivent dans le contexte du précédent SDSI.

L'objectif est de maintenir des investissements suffisants, tant en ressources humaines que financières, pour répondre au principe de non régression appliqué depuis plusieurs années, tout en allouant les ressources nécessaires à la mise en œuvre du SDSI GHT.

Il sera donc impératif d'avancer significativement sur les projets en cours avant le lancement du projet du GHT de migration de la gestion administrative des malades PASTEL prévue mi-2020.

Compte tenu des montants budgétaires réservés dans le plan pluriannuel de financement, il sera également indispensable d'affiner le phasage technique et le financement afin de ne pas pénaliser le plan de financement courant.

PROJET	PRESENTATION	PRIORITE	LANCEMENT	ÉTAT
GHT				
Juin 2020				
GAM (Pastel)	Changement de la GAM Maincare pour Pastel (Mipih)	2	Juin 2020	À l'étude
GAM (Maincare)	Maintien en conditions opérationnelles, pour reprise de données et continuité BE	1	Juin 2020	À l'étude
DPI (Easily)	Changement du DPI Crossway pour Easily, sous réserve du développement par les HCL	1	Juin 2021	À l'étude
PMSI (Cora)	Mise en place du PMSI Cora	1		Stand by
Annuaire	Mise en place d'une fédération d'annuaire (Microsoft / Hpliance)	2		Stand by

Outils sphère patient				
Janvier 2017				
DPI				
DMP	Mise en place d'une connexion avec le DMP (direct ou via SISRA)	2		À l'étude
Télémédecine	Mise en place d'outils de téléconsultation et télé expertise	3	Janvier 2019	En cours
Pharmacie	Sérialisation du médicament	3	Février 2019	En cours
Dématérialisation BE	Lancer la démarche de dématérialisation du BE, notamment le registre	1	Janvier 2019	À l'étude
Reconnaissance vocale	Mise en place d'un outil de reconnaissance vocale permettant la dictée dans et hors DPI	3	Janvier 2018	En cours
BI	Extension des usages du pilote médico-économique	2		En cours

PROJET	PRESENTATION	PRIORITE	LANCEMENT	ÉTAT
E-Learning	Mise en ligne d'un outil de formation e-learning afin de limiter le présentiel et augmenter le taux de formation des agents	1		En cours
DPI		1	Janvier 2019	En cours
SSI		1	Septembre 2018	Terminé
Bureautique		2		À l'étude
Dématérialisation			Janvier 2017	En cours

Sécurité des systèmes d'information		Mars 2019		
RGPD		2		En cours
IAM / SSO	Mise en place des interfaces manquantes sur l'IAM et fin de déploiement des lecteurs de badge	3		En cours
Sécurité périmétrique	Renouvellement des pare-feu afin de prendre en charge les nouveaux usages (télétravail, réseau 10Gbps, filtrage interne...)	3	Mars 2019	À l'étude
ISO 2700X	Continuer l'alignement du SI sur la norme ISO2700X	3		En cours

Innovations et communication		Janvier 2019		
Robotique	Phase 3 du projet NAOCHAI	1	Mars 2019	En cours
Téléaffichage	Mise en place d'un réseau de TV connectées	1	Janvier 2019	En cours
Tablettes	Continuer sur le déploiement du projet tablette dans les unités de soin	1		En cours

PROJET	PRESENTATION	PRIORITE	LANCEMENT	ÉTAT
Maintien en condition opérationnelle		Janvier 2019		
Gestion du parc		2		
Vétusté	Remplacement des postes vétustes au 5 ^{ème}		En continu	
Microsoft Windows / Office	Renouvellement de l'accord cadre CAIH et upgrade des suites logicielles		En continu	
Infrastructure (réseau, virtualisation)		2		
Datacenter			Janvier 2019	En cours
Réseau SPBm	Continuer le déploiement du réseau SPBm		Janvier 2019	En cours
Upgrade applicatifs		3	En continu	En cours

Logistique et sécurité		Janvier 2018		
Cuisine	Fin des interfaces DataMeal et Microlide + matériel douchette	2	Janvier 2018	En cours
Transport	Logiciel de gestion centralisée des transports	2	Janvier 2020	À l'étude
Plan de Sécurisation de l'Établissement	Équipement technique associé à la vidéo protection	1	Mars 2019	En cours

Un des facteurs clés de réussite est le maintien et l'évolution des compétences et des métiers du Système d'Information.

Chaque projet fait l'objet d'une fiche projet SDSI au format ANAP qui sera régulièrement alimentée, annexée et présentée au comité de suivi du projet d'établissement.

Chapitre 12

Schéma directeur immobilier 2019-2023

CHAPITRE 12 – SCHÉMA DIRECTEUR IMMOBILIER 2019-2023

✦ L' INTRA-HOSPITALIER

En 2012, l'ARS et le CHAI ont finalisé un accord sur le Plan Pluriannuel d'Investissement. Le plan prévoyait 21 opérations dites majeures qui constituent le « **Plan Directeur** ». Le montant total de ces investissements s'élevait à un peu plus de 86M€, dont 90 % étaient consacrés à l'intra-hospitalier.

Le financement du Plan Directeur a reposé sur la mobilisation de nouveaux emprunts, le respect d'une trajectoire financière assurant une part d'autofinancement et une aide à l'investissement complémentaire versée par l'ARS jusqu'en 2017.

Les cinq dernières années ont permis la mise en œuvre de la plupart de ces projets. Elle se finalisera en 2019 voire en début 2020 avec le bâtiment du PLUS, le CMP de La Côte-Saint-André et l'accès Priola-Vicat du site de Saint-Égrève. Avec la découverte d'un cimetière non répertorié et le traitement des dépouilles, les fouilles archéologiques ont en effet décalé dans le temps le plan initial.

Les principales opérations conduites à l'intra-hospitalier sur la période sont les suivantes :

Zone logistique	7 737 919 €
Pôle TSA	14 515 424 €
Voiries et réseaux	8 704 914 €
Chapelle	425 095 €
Pôle adultes 1 - PGG	14 805 668 €
Extension IFSI	815 290 €
Gymnase	1 415 499 €
Ergothérapie et Maison des Usagers (MDU)	776 765 €
Pôle adultes 2 - PV	15 931 085 €
Aménagement paysager (partie centrale)	707 257 €
Démolitions	2 306 038 €

Globalement, le site de Saint-Egrève sera, à horizon 2020, entièrement recomposé en trois zones : une dédiée à l'**activité d'hospitalisation**

complète, une dédiée aux **partenaires** et une dédiée à l'**attractivité de l'établissement**.



La question essentielle du schéma directeur immobilier 2019-2023 est celle de la **sécurisation du site, du respect des obligations de l'établissement sur la liberté d'aller et venir des patients et de l'adaptation des locaux à l'accueil des personnes en situation de handicap**.

La visite du CGLPL et le rapport d'inspection de l'ARS sur la thématique de l'isolement et de la contention ont en effet posé plusieurs recommandations, notamment sur l'ouverture des unités d'hospitalisation.

Ainsi, le Schéma Directeur devra accompagner les projets médicaux liés à la thématique isolement et contention en permettant d'assurer l'équilibre entre sécurité du site et des usagers et respect des libertés des patients.

Il est également indispensable de prévoir la réhabilitation ou la démolition des pavillons laissés vides afin de prémunir l'établissement des risques incendie et d'occupation illicite.

La mise en service des nouveaux bâtiments a en effet permis de cesser l'occupation de plusieurs pavillons non conformes en termes de sécurité incendie. Il n'est pas envisageable de laisser ces locaux vides, inoccupés, et ce prioritairement pour les pavillons Esquirol et Tosquelles, situés en plein cœur de site.

La reconstruction du bâtiment accueillant les activités du PLUS, et en particulier les spécialités, devra permettre de mettre en œuvre le **projet d'ouverture du plateau technique du CHAI aux patients externes complexes**, projet en cours de formalisation en partenariat avec le CHU Grenoble Alpes et l'ARS.

Enfin le projet de la **filière adolescents** impactera notablement le Schéma Directeur. Si les rapports de 2018 ont clairement pointé que l'unité d'hospitalisation Tony Lainé est inadaptée aux prises en charge, la réflexion

collective et au sein du GHT sur le parcours de soins de ces patients doit être le préalable à tout projet architectural.

✦ L' EXTRA-HOSPITALIER

À l'extra-hospitalier, il convient de poursuivre ce qui avait été décidé en 2012. L'axe fort de la démarche est de proposer des solutions de soins sur le territoire alliant proximité et gestion des ressources rares (notamment médicales).

Dans un premier temps, il est indispensable de sécuriser les projets en cours : au Fontanil-Cornillon, à Seyssinet, à La Côte-Saint-André et à Vizille. Ces projets architecturaux doivent être consolidés et faire l'objet d'un accompagnement important.

À fin 2018, le CHAI est implanté sur 25 sites pour la prise en charge des adultes et 31 pour celle des enfants et adolescents. 4 sites sont partagés entre adultes et enfants, ce qui amène à 52 sites extra-hospitaliers sur le territoire.

Les pôles qui sont particulièrement touchés par le manque de médecins doivent être acteurs et forces de propositions pour :

- **rationaliser l'offre de soins** (en centre-ville par exemple),
- **se rapprocher d'autres structures ou acteurs sanitaires,**
- **développer des solutions innovantes de coopération** afin de réaliser de vraies économies de gestion.

Certains axes du projet d'établissement seront de nature à faciliter ces démarches : télémédecine, structuration de l'aller vers, construction d'équipes mixtes...

L'évaluation du modèle des centres ambulatoires (tels que Saint-Martin-d'Hères) sera de ce point de vue particulièrement intéressante. Cette réflexion doit être menée en cherchant l'équilibre entre des niveaux d'activité suffisants et une implantation au plus près des populations.

✦ RESPECT DES EQUILIBRES FINANCIERS

Pour mettre en œuvre ce Schéma Directeur immobilier, l'établissement devra poursuivre la collaboration étroite mise en place avec l'ARS. Le respect des grands équilibres financiers est un préalable indispensable à tout ce projet. Il est fondamental que le CHAI conserve des marges de manœuvre pour assurer en autofinancement l'entretien de son parc immobilier. Le rôle des équipes de travaux et des services techniques est primordial et leur positionnement doit être affirmé.

Le développement des analyses croisées entre données patrimoniales, ressources humaines, activité en lien avec les projets médicaux doit permettre de préserver la proximité du soin sans engager l'établissement dans une politique patrimoniale qu'il ne serait pas en mesure d'assumer. À ce titre, le renforcement des coopérations avec le Conseil Départemental de l'Isère offre des potentialités particulièrement intéressantes

Annexes projet d' établissement

Annexe 1 : note stratégique

Annexe 2 : rencontre avec les élus

Annexe 3 : fiches de pôle

Annexe 4 : questionnaire plateforme participative

Annexe 5 : questionnaire projet social

Annexe 6 : lettres « Demain »



Projet d'établissement 2019-2023

CENTRE HOSPITALIER ALPES-ISÈRE

3 rue de la Gare, 38120 Saint-Égrève | Tél. : 04 76 56 42 56 | www.ch-alpes-isère.fr