



PROJET DE SERVICE

Secteur 67 G 10

Docteur Philippe MEYER - Chef de Service

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

des travaux

du "Comité de Pilotage Projet de Service 67G10" : Mars 2005

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
1	Présentation du projet de service et méthodologie 1
2	Un projet de service qui s'inscrit dans un contexte et une histoire institutionnelle 2
2.1	Quelques repères historiques 2
2.1.1	Les trente ans du Centre Hospitalier d'Erstein 2
2.1.2	Le secteur 67G10 : avant et après 1999 2
2.2	Etat des lieux du secteur 67G10 3
2.2.1	Le dispositif actuel 3
2.2.2	L'activité du secteur 4
2.2.3	Les ressources humaines du secteur 4
2.2.4	Indicateurs socio-démographiques du secteur 6
2.3	Atouts et difficultés du secteur 67G10 7
3	Engagements et orientations prioritaires du secteur 67G10 12
3.1	Poursuivre une mission de psychiatrie publique dans le respect des valeurs et des principes qui la fondent 12
3.1.1	Un service public dédié aux soins psychiatriques 12
3.1.2	Des professionnels qui se regroupent autour de principes, de qualités et de valeurs unificatrices 12
3.2	Faire évoluer le dispositif de soin sur le plan structurel et fonctionnel 13
3.3	Travailler l'autonomie psychique et la réhabilitation psychosociale à tous les niveaux du dispositif de soin ; un projet de soin pour un projet de vie 14
3.4	Développer le travail de réseau et de partenariat 15
3.5	Construire des projets dont l'intérêt est défini par des critères de validité précis 16
3.6	Confirmer la place des familles et des proches dans nos pratiques de soin 17

3.7	Reconnaître l'intérêt de la démarche d'évaluation	18
4	La restructuration du dispositif de soin	19
4.1	Objectifs	19
4.2	Argumentaire	19
4.3	Actions proposées	20
4.3.1	Réorganisation fonctionnelle et architecturale des unités d'hospitalisation à temps complet	21
4.3.2	Restructuration du dispositif extra-hospitalier	25
5	L'amélioration des processus et des outils relatifs à l'organisation des soins	27
5.1	Objectifs	27
5.2	Argumentaire	27
5.3	Propositions d'actions	28
5.3.1	Les outils de coordination et de liaison	28
5.3.2	La notion de "réfèrent"	32
5.3.3	Le décloisonnement	34
5.3.4	Les modalités du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire et les outils de la démarche participative	35
6	Développer, en partenariat avec le secteur médico-social et associatif, les alternatives à l'hospitalisation prolongée, en créant une plate-forme fonctionnelle de réinsertion psychosociale	37
6.1	Objectif	37
6.2	Argumentaire	37
6.3	Actions proposées	38
6.3.1	Pourquoi une plate-forme fonctionnelle ?	38
6.3.2	Les différents niveaux de besoin et d'intervention de la plate-forme	39
6.4	Les moyens nécessaires	42
7	Création d'une équipe psychiatrique de soin aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion	43
7.1	Objectifs	43
7.2	Argumentaire	43
7.3	Actions proposées	44

7.3.1	Identifier une consultation spécifiquement destinée aux personnes en situation de précarité	44
7.3.2	Soutenir et accompagner le projet de soin individualisé grâce à la mise en place d'une équipe mobile d'infirmiers	44
7.3.3	Intégrer le projet de soin à un travail en réseau	44
7.4	Les moyens nécessaires estimés	45
8	Pour une approche raisonnée et argumentée de la question des moyens humains	46
8.1	L'état des lieux des moyens du secteur 67G10	46
8.1.1	L'attribution des moyens : une problématique d'établissement et qui mérite d'être précisée	46
8.1.2	Des équipes à la limite de leurs possibilités	46
8.1.3	La tendance au glissement de tâches et aux activités annexes de soin	47
8.1.4	L'engagement du secteur pour une optimisation des moyens	47
8.1.5	Une démarche de qualité et de changement à moyens constants ?	48
8.2	Les moyens supplémentaires estimés	48
9	Evaluation et suivi du projet	49
9.1	Mise en place d'un comité de veille et de suivi du projet de service	49
9.2	Indicateurs de suivi des objectifs développés dans le projet de service	50

1 Présentation du projet de service et méthodologie

Notre projet de service est une démarche collective de l'ensemble des acteurs du soin du secteur de psychiatrie générale 67G10, qui détermine les principes généraux du soin et les grandes orientations thérapeutiques et institutionnelles qui engageront le secteur sur les années à venir.

Ainsi défini, le projet est vécu par les acteurs du secteur comme une démarche volontaire de qualité qui rentre en résonance avec celle incitée par la procédure d'accréditation dans laquelle s'est inscrit notre hôpital. Mais la plupart d'entre nous attendent également de ce projet qu'il nous accompagne dans une dynamique de changement. Car en tant que support de réflexions et d'initiatives fédératrices, il permet à chacun de s'approprier ce processus pour dépasser les barrières et les obstacles du passé, et s'inscrire dans un avenir déterminé plutôt que subi.

La **méthodologie** que nous avons choisie pour porter ce projet est un modèle de réflexion et de travail pluridisciplinaire autour de la question essentielle du soin (dans ses dimensions thérapeutiques, pratiques, institutionnelles, éthiques et humaines), qui possède une fonction de catalyseur de la démarche qualité.

Nous avons donc choisi de mettre en place un **comité de pilotage** du projet de service, que nous avons souhaité représentatif de l'équipe pluridisciplinaire (annexe n°2). Sa mission était de faire vivre la réflexion, et d'assurer le lien entre le projet et le terrain du soin quotidien.

Le comité de pilotage s'est réuni onze fois pendant l'année écoulée. La disponibilité et l'assiduité de ses membres, la qualité de leur réflexion et leur esprit critique, continuent de nourrir le projet. Tous les membres du groupe méritent qu'on les en remercie.

À l'issue de cette année de réflexion, le comité de pilotage a décidé que soit rédigé un **document de référence** qui synthétise l'ensemble de ses travaux et présente les orientations, les propositions d'organisations, et les projets du secteur.

Dans un souci d'homogénéité de style et de cohérence de l'ensemble de cet important document, le groupe a souhaité qu'il soit rédigé par une seule personne : le chef de service.

Ce document que nous introduisons ici est pour nous un document de référence qui va devoir s'articuler avec le projet d'établissement, et surtout servir de base de départ pour nos projets à venir. Il a été soumis à l'avis du Conseil de Service qui l'a approuvé à une très grande majorité.

Mais ce document ne marque pas la fin de la réflexion. Il n'en est qu'une étape importante, et laisse maintenant la place et le temps à sa mise en œuvre. Car une telle dynamique de progression et de changement est heureusement interminable, et n'aura de cesse de tenter de réussir le pari suivant : être aussi originale, ouverte, imaginative, créative, voire idéaliste sur le plan de la réflexion, que réaliste et pragmatique sur le plan des propositions et des actions concrètes qui en découlent.

2 Un projet de service qui s'inscrit dans un contexte et une histoire institutionnelle

2.1 Quelques repères historiques

2.1.1 Les trente ans du Centre Hospitalier d'Erstein

Inauguré en 1974, le Centre Hospitalier d'Erstein vient donc de fêter ses trente ans d'existence. Construit initialement pour accueillir les Secteurs de psychiatrie générale 67G10, 67G11 et 67G12 ainsi que le Secteur de psychiatrie infanto-juvénile 67I04, son offre de soin concerne la moitié sud du département du Bas-Rhin (cf. annexe n°1). Il est doté actuellement de 236 lits d'hospitalisation à temps plein, et 185 places d'alternative à l'hospitalisation. Depuis son ouverture, son activité n'a cessé de croître ; la file active est passée de 3921 patients en 1999 à 5324 patients en 2003, témoignant à la fois de l'évolution de la demande psychiatrique dans la société actuelle mais également des efforts du CHE pour faciliter l'accès aux soins.

En dehors des services de psychiatrie générale et celui d'infanto juvénile, des projets spécifiques orientés sur les personnes âgées ont permis d'ouvrir au sein du CHE, une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 80 lits et un Département Intersectoriel de Psychogériatrie (DIP) prenant en charge, dans des conditions plus adaptées à leur âge, les patients de plus de 70 ans.

Enfin, l'ouverture d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) en 2003 promet, à terme, d'inscrire l'hôpital dans une dynamique salubre de renouveau et d'adaptation aux évolutions des services de soins.

2.1.2 Le secteur 67G10 : avant et après 1999

Initialement composé d'une quinzaine de communes rurales du sud de Strasbourg et d'une partie des quartiers du Neuhof et du Neudorf, les limites géographiques du secteur 67G10 ont été profondément modifiées dans le cadre du SROS de psychiatrie 1999/2004. Le secteur s'est vu attribuer la responsabilité de la totalité du quartier du Neuhof et la commune d'Ostwald, à la place des communes rurales du sud-est de Strasbourg. À l'issue de ce redécoupage, le profil de population du secteur 67G10 est donc passé d'une mixité équilibrée rurale et urbaine, à un profil de population exclusivement urbaine et périurbaine regroupant les cantons 8 et 10 de Strasbourg (incluant donc la totalité du quartier du Neuhof) et les communes d'Illkirch-Graffenstaden et d'Ostwald. Cette population se caractérise par une accumulation de difficultés qui déterminent sa vulnérabilité : précarité sociale, déracinements culturels, perte des repères et des liens sociaux...

Les soignants présents alors s'en souviennent comme d'un véritable traumatisme institutionnel que l'on peut expliquer rétrospectivement en évoquant deux causes principales.

D'abord, en intra-hospitalier, la confrontation brutale et massive des équipes à des difficultés de prise en charge liées à la multiplication des situations de violence et de mise à l'épreuve du cadre du soin. Ensuite, le rattachement concomitant et intégral au secteur G10, des structures et des équipes extra-hospitalières déjà présentes dans ces quartiers initialement rattachées au secteur 67G12. C'est donc l'identité même du secteur qui a été touchée et refondée autour des modifications de pratiques et du nouveau visage du dispositif de soin ainsi recomposé. On estime alors les efforts d'adaptation considérables que les équipes ont dû mettre en oeuvre pour intégrer ces changements et en préserver au mieux les patients.

2.2 État des lieux du secteur 67G10

2.2.1 Le dispositif actuel :

- L'hospitalisation à temps plein :

Jusqu'en 2004, le secteur était doté de 4 unités d'hospitalisation (D11A, D11B, D15A, D15B) réparties sur 2 pavillons. Depuis le deuxième trimestre 2004, les hospitalisations ne s'effectuent plus que sur trois unités, à la suite de la fermeture de l'unité de patients chroniques et âgés initialement hospitalisés au D15B, et accueillis maintenant au DIP.

En effet, dans le cadre du projet de service, profitant de certaines opportunités (surtout la possibilité d'investir un pavillon mieux aménagé et plus confortable pour les patients) et de la dynamique d'amélioration du dispositif, nous avons approuvé en Conseil de service l'organisation suivante :

- ⇒ Une unité de 24 lits au pavillon D11, destinée à la prise en charge des patients nécessitant des hospitalisations prolongées
- ⇒ Une unité de 24 lits au pavillon D15, destinée aux admissions et à la prise en charge de patients dont l'état ou le mode de placement nécessite une unité fermée
- ⇒ Une unité ouverte de 20 lits au pavillon D5

- Les structures extra-hospitalières

- ⇒ CMP Pinel, destiné principalement au suivi ambulatoire des patients, et où est basée l'équipe infirmière de suivi à domicile.

- ⇒ Une antenne de consultation annexée à l'HDJ d'Ilkirch

- ⇒ Trois hôpitaux de jour de 15 places chacun, répartis de la manière suivante :

- HDJ de la Ganzau au Neuhof
- HDJ de la Ziegelau au Neudorf
- HDJ d'Ilkirch
-

- ⇒ Une activité de CATTP est répartie sur les trois hôpitaux de jour.

- L'intervention aux Urgences du CHU de Strasbourg

Le secteur 67G10 fait partie de la Fédération Intersectorielle Des Urgences Psychiatriques (Fidupsy) et intervient à ce titre, à raison d'un temps plein de praticien hospitalier, à la prise en charge des urgences psychiatriques des SAU Strasbourgeois, en continuité avec le dispositif sectoriel.

2.2.2 L'activité du secteur

Le projet de service n'est pas l'occasion d'un rapport d'activité, mais il nous a paru important de donner quelques repères chiffrés de l'activité du service afin surtout de rendre compte de l'évolution des demandes et des recours aux soins psychiatriques sur le secteur. Nous commenterons ces chiffres dans les différents chapitres du document projet de service.

	File active (données DIM)	Journées d'hospitalisation TP+HDJ (données bureau des admissions)
1998	800	31940
2003	1127	34238

2.2.3 Les ressources humaines du secteur

- Effectifs médicaux théoriques au 31/12/2004
 - 5 ETP de praticiens hospitaliers psychiatres, comprenant la fonction de chef de service et un ETP rattaché aux urgences du CHU de Strasbourg
 - 1 poste d'assistant spécialiste
 - 1 poste d'assistant généraliste
 - 1 à 2 postes d'internes selon les agréments et les disponibilités régionales

Ces dernières années, l'équipe médicale du secteur a connu beaucoup de mouvements et a dû s'adapter à une succession d'instabilités. Actuellement, on sent l'émergence (ou la confirmation ?) d'un esprit d'équipe associant solidarité et confraternité. Nous exprimons le souhait que cette ambiance favorable de travail apporte la stabilité médicale nécessaire au service et à la continuité de ses projets.

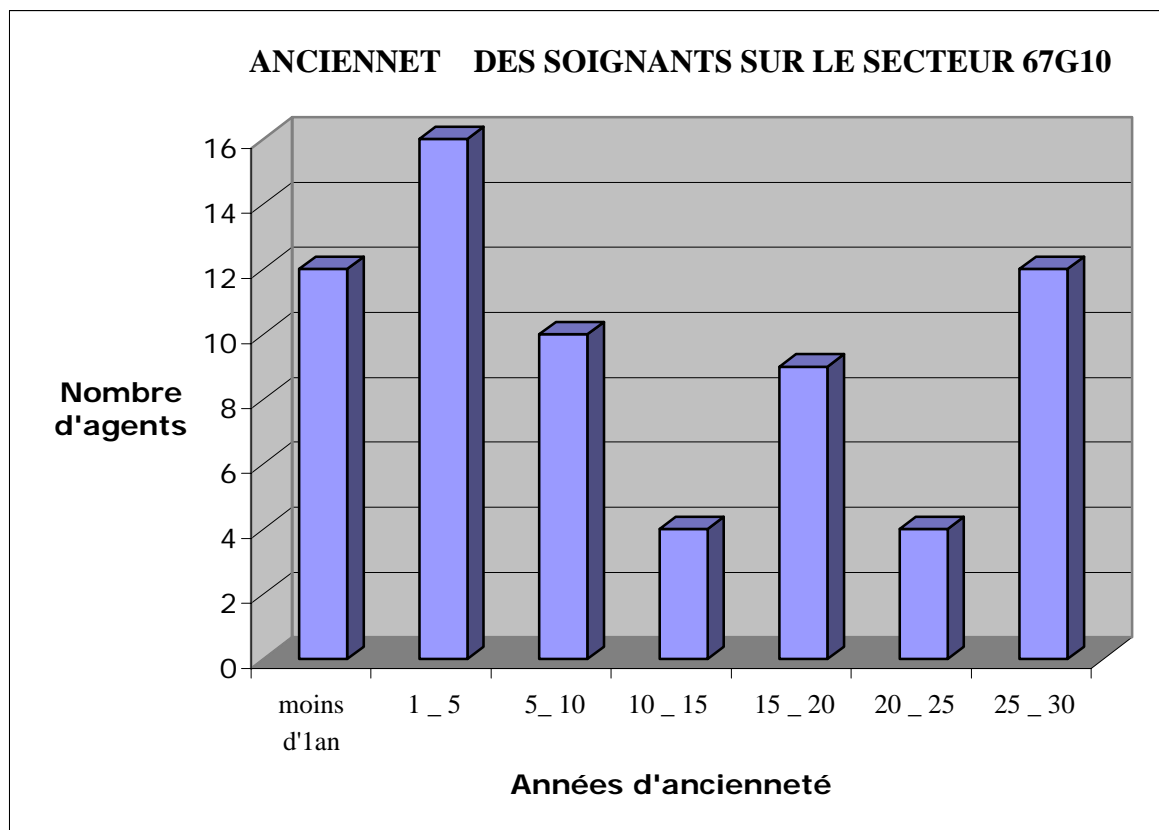
- Effectifs soignants

Il existe une impression globale sur le secteur, mais sans doute aussi ailleurs, que les effectifs soignants (c'est-à-dire ceux qui interviennent directement au contact du patient) ont baissé en même temps que les exigences légitimes de qualité ont augmenté.

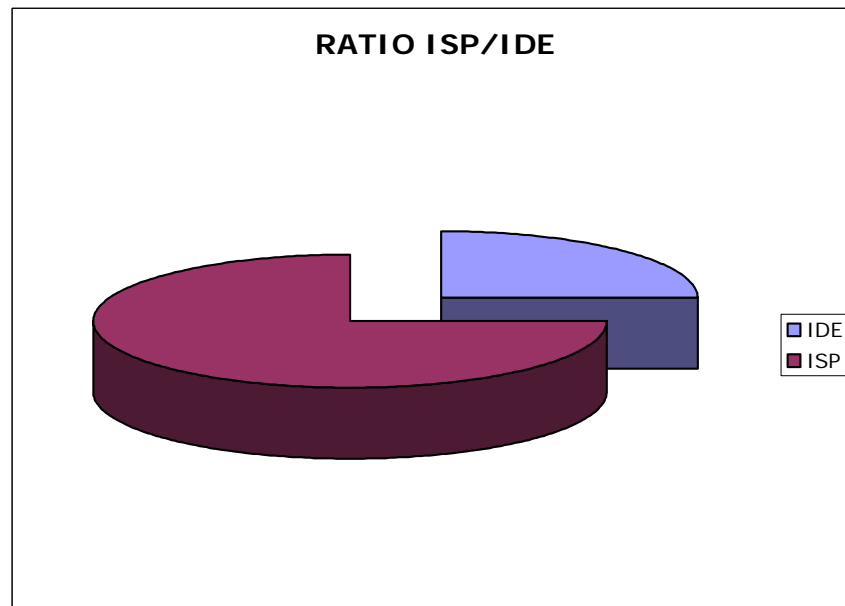
S'agit-il d'une impression subjective traduisant la difficulté des équipes à faire face aux contraintes qui s'imposent à elles ? Ou cela correspond-il à une situation réelle en rapport avec l'appauvrissement, depuis peu reconnu, des moyens de la psychiatrie soignante au profit notamment d'une psychiatrie administrative ? Il ne nous appartient pas de trancher cette question, mais la présentation de l'évolution des effectifs soignants du secteur permettrait peut être de vérifier cette impression.

À côté de cette approche quantitative, nous avons souhaité faire apparaître deux caractéristiques de composition des équipes du secteur :

- **l'ancienneté des agents sur le secteur.** Nous constatons que plus d'un tiers des agents est sur le secteur depuis moins de 5 ans, et qu'un cinquième des infirmiers est en poste depuis moins d'un an. Un renouvellement des équipes existe donc, mais il persiste globalement un bon équilibre anciens/nouveaux.



- **La répartition entre infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et Infirmiers de Secteur Psychiatrique (ISP).**Le renouvellement des équipes soignantes du secteur s'accompagne d'une diminution régulière du ratio ISP /IDE. Cela est dû au fait que les infirmiers récemment affectés au secteur sont de jeunes diplômés.



- Autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire
 - Psychologues : 2ETP
 - Assistantes sociales : 2,3 ETP
 - Secrétariat : 3,6 ETP

2.2.4 Indicateurs sociodémographiques du secteur

La population du secteur est estimée à **96308 habitants** (données INSEE).

Le comité de pilotage a entrepris des recherches et a pris un certain nombre de contacts en vue d'apporter un éclairage sur les aspects sociologiques, socio-économiques et démographiques des quartiers sud de l'agglomération strasbourgeoise. Alors que ces quartiers

ont une histoire sociale forte et qu'ils sont régulièrement le support médiatique des représentations péjoratives des banlieues, nous avons été très étonné de constater le peu d'études sociodémographiques dont ils ont été l'objet. Ce constat paradoxal est d'ailleurs reconnu par les responsables de la faculté de sociologie de Strasbourg, et nous encourage à poursuivre les recherches dans ce sens dans les temps à venir.

Cependant, parmi les indicateurs (le plus souvent indirects) que nous avons pu recenser, la plupart permettent au moins d'objectiver (cf. tableau) :

- la concentration des difficultés sociales dans les quartiers du Neuhof et du Port du Rhin,
- la grande hétérogénéité des conditions économiques à l'intérieur du secteur, en comparant les indicateurs du Neudorf à ceux du Neuhof.

Indicateurs sociaux sur le secteur

	Taux de chômage	Minima sociaux	Logement social
Strasbourg	13,6%	10,8%	25%
Neuhof	21,2%	25,8%	53,7% (Hautefort à 80%)
Neudorf	12,6%	10,5%	13,8%

2.3 Atouts et difficultés du secteur 67G10

La multiplicité des structures et des lieux de soin : atout ou difficulté?

Cette particularité de notre secteur, qui pourrait être perçue de l'extérieur comme un atout en termes de diversité de l'offre de soin, a souvent été vécue de l'intérieur comme un handicap au point de cristalliser un certain nombre de problématiques et de réflexions toujours actuelles. Ainsi, certains reconnaissent dans le nombre important de structures, une des causes des multiples cloisonnements et du manque de liens entre les unités; celle également d'un effet de dilution des moyens et des compétences, dont on sait qu'elle a déjà servi d'argument pour la fermeture brutale du SAS.

Les difficultés du secteur

Les traces des difficultés institutionnelles passées

Nous ne reviendrons pas ici en détail sur les multiples épreuves ou conflits institutionnels que notre secteur 67G10 a traversés. Il nous paraît plus important d'en reconnaître les conséquences dont les empreintes déterminent encore certaines des difficultés structurelles actuelles du service. Parmi celles ci, on mentionnera surtout la résignation de certaines équipes qui, ne se sentant plus entendues ni écoutées, ont renoncé à la critique constructive pour se figer dans une position d'attente et de plainte. C'est surtout, du fait des déstabilisations successives et insécurisantes, la mise en place de clivages et des replis des unités sur elles-mêmes, autour de leurs mécanismes collectifs d'adaptation ou de défense. Même si la démarche de projet de service et le changement de certains "leaders" ont permis l'atténuation de ces attitudes, le risque est encore très présent qu'elles réapparaissent à l'occasion des difficultés institutionnelles ou conjoncturelles que traversera inévitablement le secteur.

Des conditions hôtelières qui ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients hospitalisés sur le site d'Erstein.

Même si les trois unités d'hospitalisation à temps plein sont organisées sur un mode pavillonnaire dont l'architecture offre une surface au sol et des espaces de vie collective très appréciables, elles ont été conçues il y a trente ans, selon des critères de confort et d'agencement qui ne peuvent plus être acceptés en 2004: vétusté apparente des locaux, chambres à 4 voire 6 lits, sanitaires en nombre insuffisant, manque d'accessibilité aux handicapés moteurs, etc. ... Cet état des lieux a d'ailleurs fait l'objet d'une recommandation du Collège de l'accréditation à la suite de la visite des experts mandatés par l'ANAES en novembre 2003.

Une lourde charge de travail pour les équipes soignantes

Tous les professionnels de terrain savent les difficultés de l'exercice de la psychiatrie sur un secteur comme le nôtre qui présente les particularités sociodémographiques que l'on connaît. Mais une chose est de compatir au travail des équipes les plus exposées, une autre est de soutenir leurs efforts en leur attribuant les moyens nécessaires à leurs missions. Nous n'ignorons pas les difficultés qui existent également sur les autres secteurs de la région, ni la lourde responsabilité de ceux qui doivent effectuer les arbitrages à l'intérieur du CHE. Mais nous formulons le souhait qu'à l'avenir, les décisions prises puissent tenir compte des indicateurs d'activité et des besoins argumentés des unités de soin intra et extra-hospitalières. Car le risque existe d'étouffer rapidement, faute de ressources humaines

suffisantes sur les secteurs, les efforts de réorganisation et d'amélioration de la qualité des soins, qui s'accompagnent forcément de nouvelles exigences

Des unités d'hospitalisation éloignées du lieu de vie des patients

En dehors des aspects hôteliers que nous avons déjà évoqués, l'hospitalisation sur le site du CHE, par sa situation excentrée à une quinzaine de kilomètres des limites du territoire sectoriel, peut poser problème. D'abord du fait de l'isolement possible de certains patients hospitalisés et peu autonomes, sachant que la liaison avec certains quartiers du secteur peut nécessiter plus d'une heure de transports en commun et plusieurs correspondances. Mais cet éloignement rend également difficile l'accompagnement des patients pour lesquels, après une longue hospitalisation, se dessine le projet d'un retour à domicile. Sauf à proposer au patient un nouveau domicile proche de l'hôpital et loin de ses repères sociaux initiaux, les liens avec l'équipe intra-hospitalière sont très difficiles à maintenir alors qu'ils sont souvent nécessaires le temps que la "greffe sociale" prenne. Et lorsque cette solution de continuité est tout de même retenue, il est quasiment impossible d'assurer des VAD régulières dans la mesure où, d'une part, le CMP est trop éloigné, et que d'autre part, les infirmiers de l'intra-hospitalier ne peuvent se détacher qu'exceptionnellement de leurs unités.

Un manque de structures d'hébergement alternatives à l'hospitalisation à temps complet

Les professionnels de la psychiatrie en Alsace, ont régulièrement regretté, dans le cadre du SROS notamment, le manque de structures alternatives à l'hospitalisation pour des patients présentant des troubles psychiatriques graves mais stabilisés et qui bénéficieraient d'un lieu d'hébergement thérapeutique en dehors de l'hôpital. Notre secteur n'échappe pas à cet état de fait encore aggravé par l'éloignement des rares familles d'accueil rendant difficile voire impossible le suivi par nos équipes des patients qui pourraient y être accueillis. En attendant, certains patients sont maintenus dans les unités d'hospitalisation et il s'agit alors d'imaginer des projets de soin qui évitent la régression et la perte progressive des habilités sociales.

La saturation des lits d'hospitalisation à temps plein, et la difficulté de gestion des admissions

Comme l'a souvent rappelé Madame le Docteur Odile RISSER-COLLIGNON dans ses écrits de chef de service du secteur 67G10, l'insuffisance des capacités d'hospitalisation à temps plein a toujours été une difficulté majeure de notre secteur (cf. rapport en vue du projet d'établissement 1999). Avec le redéploiement de 13 lits pour le DIP, la progression de la précarité et les difficultés grandissantes d'accès au logement sur la région strasbourgeoise, la situation risque encore de s'aggraver.

Ce manque de lits disponibles est une des raisons (avec l'insuffisance de chambres individuelles et les difficultés de surveillance des lits installés à l'étage) de la difficulté chronique de gestion des admissions sur le secteur. Pour l'année 2004, 87 patients relevant du secteur n'ont pu y être admis directement par faute de lits disponibles.

Une prévalence du mode de communication verbale aux dépens de l'écrit.

L'usage privilégié du mode de communication verbale pour la transmission des informations relatives aux soins, reste fortement ancré dans nos unités. Alors que certains argumentent d'une "tradition orale en psychiatrie", cette habitude nous apparaît en décalage avec nos types de prises en charges et par rapport aux exigences et évolutions récentes des métiers du soin. En effet, on ne peut pas ignorer que, quelles que soient la qualité et l'importance des données transmises verbalement, elles perdent en précision et donc en validité au cours des échanges et relais successifs, pour finalement être définitivement perdues. Les conséquences en sont alors d'autant plus délétères que nos projets de soins s'articulent autour des notions de durée, de continuité et de pluridisciplinarité

Les atouts du secteur

Des professionnels qui n'ont jamais renoncé à leurs valeurs

Il est remarquable que malgré les tourments institutionnels qui ont éprouvé le secteur 67G10, l'intentionnalité soignante de ceux qui l'ont fait vivre, ne se soit jamais brisée de façon irréversible. Qu'il s'agisse des équipes soignantes, des médecins, des psychologues, des assistantes sociales, jusqu'aux secrétaires, tous ont permis, grâce à leur implication de tous les instants aux dimensions de leur mission, que ne s'éteigne pas le désir collectif d'aider et de soulager la souffrance des patients. C'est pourquoi le comité de pilotage du projet de service a souhaité que soient rappelées et précisées ces missions et valeurs qui feront donc l'objet d'un chapitre à part entière.

Un dispositif extrahospitalier au plus proche de la population, et des équipes ancrées dans la cité.

Le choix d'installer en 1981 un CMP au coeur du quartier du Neuhof, réputé pour le cumul de difficultés sociales et son insécurité, s'inscrit dans la droite ligne d'une des missions fondatrices du secteur: développer un dispositif de prévention et de soin au plus près des besoins et capable d'accueillir sans exclusion aucune, toutes les personnes le nécessitant. Et lorsqu'il fut nécessaire de déménager ce CMP pour améliorer son accessibilité et l'accueil des patients de plus en plus nombreux, c'est cette même volonté de proximité avec les populations défavorisées du secteur qui a été déterminante dans le choix du nouveau site. L'implantation des trois hôpitaux de jour du secteur a également procédé du souci constant du maintien des liens entre le patient et son environnement, et de la prise en compte des réalités sociales et culturelles spécifiques de chaque quartier.

Il s'est ainsi développé au sein du secteur, un "savoir de terrain" constamment actualisé et enrichi par l'expérience des rencontres et des échanges avec la plupart des composantes du tissu social. Et autour de ce savoir s'est fondé un socle de compétences et de pratiques sur lequel reposent les aspects thérapeutiques essentiels qui visent à préserver le sujet psychiquement malade de la perte d'une place et d'un rôle social salutaires.

Par ailleurs, nous reconnaissons dans la permanence du contact avec le terrain, une condition indispensable pour une meilleure adéquation entre l'offre de soin et les besoins et attentes des malades et de ceux, professionnels, amis ou familles, qui les accompagnent au quotidien.

Des équipes infirmières mixtes composées "d'anciens ISP" et de "nouveaux DE"

Plutôt que de participer au débat opposant les infirmiers de secteur psychiatrique et les infirmiers Diplômés d'État, nous préférons reconnaître la synergie de talents que représente l'association, dans le même service, de ces professionnels issus de formations différentes. Ainsi les anciens, au-delà de leur précieuse expérience, incarnent une mémoire institutionnelle et des repères de continuité indispensables pour les patients suivis depuis longtemps. Quant aux nouveaux infirmiers DE, ils apportent un regard neuf (et quelquefois même critique), et une connaissance des supports et des outils organisationnels dont l'usage se généralise et avec lesquels ils se sont familiarisés depuis le début de leurs études professionnelles. Une émulation peut donc naître de cette mixité et constituer un gisement de savoir au profit de l'évolution de nos pratiques.

L'implication du secteur aux SAU du CHU de Strasbourg

Depuis 2002, le secteur 67G10 détache un équivalent temps plein de praticien hospitalier aux Urgences du CHU de Strasbourg. Cette démarche intersectorielle qui implique les quatre secteurs de la région strasbourgeoise (secteurs G02, G08, G09, G10) dans le cadre de la Fédération Intersectorielle Des Urgences Psychiatriques (Fidupsy), doit permettre, à terme, de favoriser les articulations et les relais entre l'accueil aux urgences générales et la demande d'intervention psychiatrique, entre les approches somatiques et médico-psychologiques, ainsi qu'entre les services d'urgences et les secteurs dans leurs missions d'hospitalisation ou de suivi ambulatoire. C'est également à partir des Urgences que s'élabore préférentiellement la prévention du suicide et la prise en charge des suicidants.

3 Engagements et orientations prioritaires du secteur 67G10

3.1 Poursuivre une mission de psychiatrie publique dans le respect des valeurs et des principes qui la fondent

3.1.1 Un service public dédié aux soins psychiatriques

La prise en compte de l'intérêt général et des besoins de la population, l'égalité des chances, la continuité, l'adaptation, et l'obligation de résultat, sont les grands principes qui ont édifié le service public en institution citoyenne. La fonction publique hospitalière s'est naturellement fondée sur ces principes qui déterminent son devoir d'accueillir sans discrimination toute personne en souffrance physique ou psychique et de la soigner avec les mêmes exigences de qualité quelle que soit sa situation sociale, sa race, ses origines, ses croyances ou ses idées. En psychiatrie, cet impératif d'égalité est d'autant plus important que la maladie psychique est souvent source de fragilisation sociale voire d'exclusion. Ainsi, le principe de sectorisation qui caractérise la psychiatrie publique depuis les années 1970, a véritablement réaffirmé sa vocation d'accueil du tout venant et sa mission de réponses aux besoins psychiatriques de la population grâce au développement d'une offre de soin polyvalente.

3.1.2 Des professionnels qui se regroupent autour de principes , de qualités et de valeurs unificatrices

Des valeurs humaines et personnelles

Par définition, elles sont propres à chaque individu. Cependant, certaines sont tellement communes à une majorité de professionnels du soin, qu'elles apparaissent comme des déterminants du choix des métiers de la santé et restent parmi les moteurs essentiels de l'intentionnalité soignante au départ de nos actions. Elles se confondent finalement avec les règles collectives qui marquent l'engagement personnel envers autrui: l'universalité, la lutte contre l'exclusion et la ségrégation, l'attention aux plus démunis, et surtout le presque inaltérable désir idéalisé de soulager la souffrance.

Des valeurs professionnelles

- **La compétence** est sans doute la plus importante des qualités attendues d'un soignant. Elle implique la notion de polyvalence et les nécessités d'actualisation des compétences et de formation ;
- **L'intégration et le respect des règles déontologiques** propres à chaque métier du soin mais qui ont toutes en commun de s'inspirer du respect fondamental de l'être humain, de la stricte application du secret médical et professionnel et de la dispensation de soins parfaitement conformes à l'éthique et à la protection des malades ;
- **La capacité à travailler en équipe ;**
- **L'adaptabilité ;**
- **La capacité à s'auto évaluer et à se remettre en question**, à échanger sur les situations cliniques ou sur les pratiques. Pour certains, et en particulier ceux qui se positionnent en psychothérapeutes, cela peut aller jusqu'à être supervisé ;
- **La créativité et le souhait d'entreprendre** qui ne sont pas le monopôle des décideurs mais peut révéler le désir de créer et le talent de n'importe quel agent. Elle est basée sur la confiance et la reconnaissance des compétences de l'autre, et se révèle souvent le catalyseur de projets et un remède efficace contre la répétitivité figée et asphyxiante des tâches quotidiennes (4).

3.2 Faire évoluer le dispositif de soin sur le plan structurel et fonctionnel

Ouvrir ce chantier de la restructuration du dispositif de soin relève par certains aspects des travaux d'Hercule (par la volonté et l'énergie qu'elle va demander) et du mythe de Sisyphe (par la crainte que la tâche à peine terminée, tout soit à refaire). Cette restructuration est pourtant aussi nécessaire et inévitable que difficile et redoutée.

Elle est nécessaire parce que la qualité des soins, la dignité des personnes soignées, l'adéquation entre l'offre de soin et les besoins en dépendent.

Elle est inévitable parce que le statut quo équivaldrait à une mortification institutionnelle et neutraliserait la dynamique globale du projet.

Elle est difficile parce que les éléments du dispositif sont tellement intriqués entre eux, que chaque changement provoque une cascade d'effets qui ne se limitent pas à notre secteur mais concernent tout l'hôpital.

Elle est redoutée parce que même si la plupart d'entre nous reconnaissent la nécessité d'une remise en question de l'outil, le changement est source d'inconnu et de déséquilibres: il est alors difficile de lâcher la proie pour l'ombre, même lorsque la proie est une plainte et l'ombre un espoir.

Le comité de pilotage a donc mené une réflexion et proposé des orientations prioritaires qui devraient guider les évolutions du dispositif. Ces orientations portent à la fois sur les structures et sur les processus qui soutiennent l'organisation de nos soins.

Concernant les structures, nous retiendrons les priorités suivantes :

- Humaniser les conditions d'accueil et d'hôtellerie ;
- Créer des unités de soins différenciés ;

- Concilier cette spécification des soins avec la mission d'accueil du tout venant et gestion des admissions du secteur.

Concernant les processus liés au fonctionnement du secteur et à l'organisation des soins, les priorités suivantes ont été retenues:

- Travailler à l'optimisation des moyens ;
- Inciter les professionnels à l'utilisation de l'écrit (sur support papier ou informatique) ;
- Poursuivre les efforts pour investir le dossier patient et l'ensemble des outils de coordination dont certains sont à développer.
- Privilégier autant que possible la démarche participative des professionnels pour l'élaboration et le suivi des projets, en adoptant une méthodologie décisionnelle aboutissant à un débat et un vote en conseil de service.

3.3 Travailler l'autonomie psychique et la réhabilitation psychosociale à tous les niveaux du dispositif de soin ; un projet de soin pour un projet de vie.

Si l'objet du soin est l'amélioration ou la restauration de la santé du sujet, celle-ci prend toute sa valeur lorsqu'elle lui permet de vivre la meilleure vie possible. À l'objectif médical de l'atténuation des symptômes qui définit la rémission clinique, se superpose donc un objectif de soin qui intègre le système de croyance du patient et des critères de qualité de vie et d'autodétermination (6). Pour en arriver là, ce que l'on peut alors désigner comme un projet de vie se construit au fil des étapes successives de l'autonomisation et de la réhabilitation psychosociale.

Mais deux précisions fondamentales s'imposent pour comprendre toute la richesse et la complexité d'un tel processus.

La première consiste à mettre en garde tous ceux qui seraient tentés de réduire la réinsertion des personnes en souffrance psychique à une mise en conformité du sujet avec les exigences sociales. Car il s'agit également d'apprendre à la société à accueillir les plus fragiles de ses membres, de l'aider à leur aménager une place afin que, malgré leurs différences et leur handicap éventuels, ils puissent y prendre part. À cet égard, le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées marque une avancée majeure pour la qualité de vie et l'insertion sociale de ces personnes (3).

La seconde concerne la fonction thérapeutique de **l'insertion sociale qui n'est plus alors uniquement la finalité du soin mais en devient un moyen**. Car elle permet le déploiement d'un certain nombre de supports et de leviers du travail thérapeutique comme les ressources psychiques mobilisées lors de l'accès au travail, ou encore les capacités d'adaptation mises en oeuvre pour consolider un projet d'hébergement. Pour illustrer cet effet intrinsèquement bénéfique de la démarche de réhabilitation, rappelons qu'il n'est pas rare de constater à la suite d'une mise en situation professionnelle, une amélioration des fonctions cognitives de patients schizophrènes

Le travail d'autonomie et de réhabilitation psychosociale est donc le lieu de convergence du projet de soin et du projet de vie du patient. Il doit être mis en oeuvre dès que cela est possible et quel que soit l'étape du projet de soin ou le lieu du soin. Il comporte six axes principaux:

- La réalisation d'un travail, voire l'accès à une activité en milieu professionnel qui permet de travailler les notions de rythme, de coordination psychomotrices, de capacités cognitives, de respect du cadre et des consignes, de valorisation de soi etc....,
- L'accès à un hébergement individualisé, social ou thérapeutique, qui demande la réalisation de tâches quotidiennes spécifiques et un minimum d'habilités sociales.
- Le "prendre soin de soi" qui intègre les notions d'hygiène, de santé, d'habillement, d'alimentation, etc...
- L'argent comme objet d'échange avec l'autre, le vecteur de reconnaissance d'un travail et comme moyen d'existence sociale
- « L'être en relation » qui implique les notions de mutualité, de confiance, de conscience de la subjectivité de l'autre. Les activités en situation de groupe, la participation même ponctuelle à une communauté sociale, l'approche institutionnelle des soins, sont autant d'occasions de travailler cette notion ;
- La prise en compte des dysfonctionnements cognitifs mis en évidence chez les sujets schizophrènes (9) et dans les états dépressifs. Ils sont souvent invalidants et rendent encore plus difficiles les démarches de réinsertion et de restauration de l'autonomie. Parmi les différentes stratégies d'intervention possibles, certaines s'intègrent très bien dans le dispositif de soin du secteur. Il s'agit par exemple du travail sur les activités spécifiques de la vie quotidienne qui peut être initié pendant l'hospitalisation et poursuivi lors de l'accompagnement des patients par les structures extra-hospitalières. Les fonctions et les capacités mnésiques peuvent également être prise en compte dans des programmes de stimulation cognitive, des ateliers mémoire ou des activités ayant pour support l'écriture ou l'expression artistique.

Pour rendre possible un tel travail, il nous semble absolument nécessaire qu'il réunisse le secteur sanitaire, les acteurs sociaux, les professionnels médico-sociaux et même directement les entreprises, dans un partenariat dont le montage administratif et légal reste encore à imaginer. Si nous affirmons clairement la volonté d'une convergence de compétences à tous les stades de la trajectoire du patient, cela implique que nous ouvrons nos lieux de soins à d'autres professionnels et que réciproquement soit possible un véritable accompagnement du patient par nos équipes au sein même de la communauté

3.4 Développer le travail de réseau et de partenariat

À bien considérer la richesse et la pertinence de la collaboration ancienne entre nos équipes et un grand nombre de partenaires de la communauté sociale, force est de reconnaître que le travail de réseau est depuis longtemps intégré dans nos pratiques de secteur. À l'heure où se multiplient de façon endémique les injonctions de mise en réseau, la tentation est alors grande de proclamer que nous étions "tendances avant la tendance" et de superposer rapidement et de façon très réductionniste le secteur et le réseau.

Nous préférons plutôt voir dans l'intérêt actuel pour les réseaux, l'occasion de nous réinterroger sur nos pratiques de partenariat et le cas échéant de les formaliser selon les objectifs et les outils nécessaires à la constitution de réseaux.

Pour cela, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, crée un chapitre spécifique aux réseaux de santé dans la sixième partie du

Code de la Santé Publique, consacrée aux établissements et services de santé. Elle définit ainsi le réseau: *"les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins"*.

Ces réseaux « *sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales et médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers* ».

Afin de faire progresser la réflexion sur l'organisation d'un tel dispositif, le groupe de travail "réseaux-coopération" sous la présidence du député C. EVIN, a élaboré des recommandations qui devraient permettre de clarifier le cadre réglementaire et financier des réseaux (16). Il propose une harmonisation des financements à partir de la "dotation nationale de développement des réseaux", recommande la création d'une "mission nationale d'appui au développement des réseaux de santé", et précise le rôle original des "groupements de coopération sanitaire" comme structure juridique ad hoc.

Tout cela nous amène donc à devoir différencier le travail en réseau tel qu'il est réalisé historiquement par le secteur de psychiatrie, et la constitution de nouveaux réseaux formalisés. Parmi ce qui les distingue nous retiendrons :

- Que dans le premier cas c'est le plus souvent le secteur qui se positionne comme maître d'œuvre du travail en réseau et établit des liens privilégiés avec ses partenaires. Dans le second cas, le secteur est un partenaire au même niveau que les autres et le promoteur du projet est déterminé au moment de la constitution du réseau.

- Que le secteur est organisé comme un dispositif global répondant à une grande diversité de besoins alors que les réseaux tels qu'ils sont maintenant définis, se voient confier une mission ciblée et spécifique.

- Que le montage fonctionnel et financier procède de moins en moins de l'assemblage de structures et de moyens mais tend à se constituer d'emblée autour d'une logique et une méthodologie propres avec un financement spécifique et intégré.

Sur le secteur 67G10, nous serions prêts à mener une réflexion qui permettrait d'évoluer, dans la continuité du travail en réseau déjà réalisé, vers un fonctionnement en réseaux spécifiques. Un tel dispositif serait particulièrement indiqué pour les questions de précarité et de réhabilitation psychosociale.

A côté d'un tel travail de réseau formalisé, il nous semble essentiel de renforcer ce qui relève de la rencontre et des échanges avec les personnes ressources du secteur intéressé par la santé mentale et même directement de la population qui permet un repérage réciproque et une meilleure connaissance des structures existantes, un diagnostic partagé des besoins

3.5 Construire des projets dont l'intérêt est défini par des critères de validité précis

La genèse d'un projet hospitalier devrait idéalement procéder de la rencontre entre des besoins repérés, des professionnels volontaires et créatifs, des opportunités à saisir, et un contexte favorable. Mais une telle convergence n'est pas toujours de règle. Il peut arriver par exemple, qu'un projet se construise principalement autour de l'affinité de son promoteur pour un domaine d'activité particulier, ou même dans une optique de "stratégie de captation de moyens".

C'est pourquoi nous nous engageons à construire en priorité des projets qui s'intègrent à notre mission de santé publique, et à définir et respecter les critères suivants de leur validité:

- ⇒ Des objectifs argumentés et évaluables, centrés sur le soin ou la prévention conformément aux missions de la psychiatrie de secteur telles qu'elles ont été définies dans la circulaire du 15 mars 1960 et précisées dans la circulaire du 14 mars 90 relative aux orientations de la politique de santé mentale (1) ;
- ⇒ Un gain attendu en termes d'offre, d'organisation ou de qualité des soins ;
- ⇒ Une bonne adéquation avec les besoins de la population du secteur 67G10 ;
- ⇒ Une réponse à un besoin identifié dans le champ de la santé mentale en tenant compte des orientations du SROS et des directives ministérielles en cours ;
- ⇒ Un consensus généré auprès de ceux qui le soutiennent et seront amenés, le cas échéant, à le mettre en oeuvre(approbation nécessaire en conseil de service).

Compte tenu de l'ensemble de ces critères, le comité de pilotage a retenu les deux projets prioritaires suivants:

- La mise en place d'une équipe psychiatrique d'aide aux personnes en situation de précarité
- La mise en place d'une plate-forme fonctionnelle de réinsertion psychosociale incluant l'ouverture d'une maison communautaire

3.6 Confirmer la place des familles et des proches dans nos pratiques de soin.

Nous sommes très sensibles aux témoignages de certains parents ou amis de patients qui regrettent le manque d'échanges, voire même l'impossibilité de rentrer en contact avec les responsables du projet de soin. Alors même que nous revendiquons une psychiatrie ouverte, luttant contre l'exclusion au profit du lien et considérant le sujet dans son contexte de vie, comment pourrions-nous ne pas travailler avec ceux qui connaissent peut-être le mieux nos patients et sont, a priori, les plus soucieux de leur bien être et de leur devenir.

Les arguments ne manquent pas pour justifier le travail avec l'entourage du patient. D'abord parce que l'entourage souffre, s'inquiète, s'interroge et demande à être accompagné ou guidé pour mieux aider le malade. Ensuite parce que les pathologies psychiatriques sont marquées par une forte interaction malade/entourage, et que la valeur de l'observation que fait

l'entourage est complémentaire de celle du médecin et rend mieux compte du handicap. Parce que la famille, lorsqu'elle est présente, peut être un des derniers ancrages du patient avec son histoire, et reste ainsi un des pivots de la réadaptation sociale. Enfin, parce qu'il faut bien reconnaître que les situations cliniques ou thérapeutiques qui imposent un hermétisme entre les soignants et les familles ou les amis de patients, sont exceptionnelles et méritent alors d'être médicalement justifiées.

C'est pourquoi nous souhaitons faire une place plus grande aux familles en continuant à les rencontrer régulièrement, en leur proposant selon les cas un soutien spécifique, individuel ou en groupe, et en les incluant plus fréquemment dans l'élaboration de nos projets.

3.7 Reconnaître l'intérêt de la démarche d'évaluation

L'intégration d'une logique d'évaluation dans notre projet de service vise surtout à nous fournir des repères et des indications sur le suivi et la pertinence des actions que nous souhaitons mettre en oeuvre. Cette évaluation n'a donc pas pour objet de satisfaire le fantasme inquiétant de l'objectivité absolue ou de la transparence parfaite. Nous l'envisageons surtout comme un moyen de confirmer nos objectifs et nos choix méthodologiques, ou au contraire de les réajuster ou les réorienter.

L'évaluation devenant elle même un objectif, nous devons la réfléchir sur le plan méthodologique (11) avec l'aide des professionnels chargés de la qualité dans l'hôpital. Nous souhaiterions alors qu'elle s'appuie sur plusieurs niveaux d'observations (les résultats cliniques, les processus, et les structures) et plusieurs types d'observateurs (les patients, les familles, les soignants et les observateurs extérieurs).

4 La restructuration du dispositif de soin

4.1 Objectifs

- Améliorer dans un délai à court terme les conditions hôtelières et l'accueil des patients et de leur entourage
- Doter le secteur d'au moins une unité d'ouverte d'hospitalisation
- Mettre en oeuvre des projets institutionnels permettant des soins différenciés selon les pathologies.
- Développer une réflexion pour optimiser la gestion des admissions et renforcer nos capacités d'accueil
- Préciser les missions de chacune des structures pour améliorer la lisibilité de l'offre de soin, et surtout leur permettre de se centrer sur leurs missions respectives
- Repositionner le CMP au centre du dispositif sectoriel, en pivot de nos pratiques de réseau, de réinsertion et de soin aux personnes en situation de précarité
- Renforcer le rôle du CMP dans la réponse aux urgences en lien avec le SAU

4.2 Argumentaire

S'il fallait une fois de plus argumenter pour justifier la nécessité d'améliorer sensiblement les conditions d'hospitalisation sur le secteur, rien ne vaudrait alors un reportage photo, ou le témoignage de certains patients, ou encore une visite guidée du service. Celle-ci a d'ailleurs eu lieu à l'occasion du passage des experts visiteurs de l'ANAES, dont chacun peut consulter le compte-rendu final.

La question des soins différenciés mérite quant à elle, d'être plus argumentée. Il a longtemps été dit qu'il était possible, voire thérapeutique, pour l'ensemble des patients hospitalisés, d'être accueillis et soignés dans la même unité quel que soit le type de pathologie. On entend encore dire que la proximité des patients les moins gravement invalidés par leur maladie, avec ceux que la maladie psychotique a placés durablement au cœur de nos institutions, est souvent bénéfique pour ces derniers. Et que séparer les uns des autres relèverait d'une ségrégation éthiquement inacceptable.

Tout cela est peut-être théoriquement exact. Mais pour que ce bénéfice se traduise sur le terrain, il faudrait que ces lieux de grande mixité clinique soient architecturalement diversifiés, et qu'ils soient animés par des équipes suffisamment nombreuses, motivées et disponibles, pour assurer un rôle thérapeutique de régulation et de contenance en faveur de tout le groupe très hétérogène de malades. Malheureusement cet idéal est très éloigné de notre réalité de soignants et de celle des patients que nous soignons. Quel intérêt peut-il y avoir pour un sujet déprimé, à se retrouver plongé dans un milieu de soin établi autour de la prise en charge de la psychose ? Quel intérêt peut-il y avoir pour un psychotique chronique à rester dans un milieu de soin vivant au rythme des admissions de nouveaux patients ? Et finalement, quel avantage aurait l'un comme l'autre à être hospitalisé dans un milieu thérapeutique indéterminé ? Les recommandations de la conférence du consensus consacrée aux psychoses débutantes reconnaissent d'ailleurs l'impact négatif d'une première hospitalisation en psychiatrie lorsqu'elle avait lieu dans des unités accueillant des patients au long passé institutionnel (14). C'est pourquoi nous ferions presque nôtres les propos de J.C. Pascal (15), lorsqu'il propose « d'en finir avec les dispositifs indifférenciés et agrégants ».

Concernant la question des capacités d'accueil et de la gestion des admissions, le secteur 67G10 cumule plusieurs facteurs qui expliquent la saturation de nos unités d'hospitalisation et les difficultés fréquentes d'accueillir les admissions. Tout d'abord, et cela n'est pas propre à notre secteur, un nombre significatif de lits (40 % en 2004) est occupé par des patients qui bénéficient d'hospitalisations prolongées (supérieures à 6 mois en continu) du fait de la gravité de leur état et du manque de structures alternatives. Par ailleurs, alors que nous disposons de 13 lits de moins depuis le transfert de l'activité de géronto-psychiatrie sur le DIP (février 2004), le nombre d'admissions a continué d'augmenter.

À cette réalité mathématique, il faut rajouter une difficulté plus fonctionnelle résultant du manque de chambres individuelles et qui nous oblige à une gestion des admissions non plus à "l'unité de lit" mais à "l'unité de chambre". Ainsi doit être prise en compte la compatibilité de cohabitation des patients d'une même chambre selon leur état clinique et leur sexe.

La conséquence directe de tous ces facteurs est, en dehors du risque d'épuisement des équipes, une diminution du flottant de lits disponibles et, à certains moments, une orientation des admissions dans les autres secteurs, comme en témoignent, pour 2004, les 87 patients relevant du G10 et initialement accueillis sur les secteurs voisins pour finalement être transférés au bout d'un délai assez bref.

Enfin, la situation du dispositif extra-hospitalier est nettement moins dramatique. Mais il convient tout de même de reconsidérer la place et le rôle du CMP, et de réinterroger la répartition et le nombre des hôpitaux de jour au regard de la question déjà posée plus haut, de la multiplicité des structures.

4.3 Actions proposées

Nous nous engageons à réorganiser nos structures de soins selon une approche centrée sur les besoins et le respect de la dignité des personnes accueillies . Pour cela nous proposons de :

- ⇒ Réorganiser fonctionnellement et architecturalement les unités d'hospitalisation, en créant trois unités de soins différenciés, et en prenant en compte la gestion des admissions
- ⇒ Repositionner le CMP par rapport à ses missions de prévention, de soins de proximité, et de plaque tournante de la coordination avec les partenaires de la communauté sociale ;
- ⇒ Entamer une réflexion visant à améliorer les conditions d'accueil en HDJ et l'optimisation des ressources humaines.

4.3.1 Réorganisation fonctionnelle et architecturale des unités d'hospitalisation à temps complet

❖ La question des capacités d'accueil et de la gestion des admissions

En attendant que soit réalisée au sein de l'établissement, une étude des besoins, en lits de chacun des trois secteurs du CHE, nous avons tenté de trouver des réponses au problème récurrent dès l'accueil des admissions, et proposons d'agir sur 4 axes :

- La diminution des recours à l'hospitalisation grâce aux dispositifs d'amont (accessibilité du CMP pour répondre aux situations de crise, travail de réseau avec les partenaires de première ligne, liaison avec les psychiatres du SAU, etc...),
- La création de structures alternatives pour éviter certaines hospitalisations longues et libérer ainsi des lits pour les admissions,
- L'installation de lits supplémentaires sous réserve de renforcer les équipes soignantes. En effet, le SROS III en cours d'élaboration, fixe un taux limite d'occupation annuel moyen de 85% au-dessus duquel il conviendrait d'augmenter la capacité en lits. Avec un taux de 84%, le secteur 67G10 pourrait être rapidement concerné,
- La poursuite d'une réflexion commune, dans le cadre du projet d'établissement, afin d'étudier des solutions intersectorielles.

❖ 3 unités pour 3 missions différenciées

Les impératifs qui figurent dans le **cahier des charges** de ce chantier difficile, sont les suivants :

- Composer à moyens constants (condition imposée par la Direction des soins), en se proposant de les optimiser
- Rédiger par écrit ces projets de soins pour chaque unité
- Améliorer dans un délai à court terme les conditions hôtelières et l'accueil des patients et de leur entourage, tout en tenant compte du projet d'établissement qui prévoit à moyen terme une destruction et une reconstruction de l'ensemble des unités de soins du site d'Erstein.

- Prendre en compte l'importance des hospitalisations sous contraintes et anticiper les risques liés à la violence et à l'agressivité
- Maintenir les capacités d'accueil du service

Une unité de soins institutionnels au pavillon D11

- Caractéristiques (actualisées en décembre 2004):

Unité fermée
 Capacité de 24 lits
 Effectifs soignants: 21,1ETP
 Médecin référent: Dr MEYER
 Cadre de santé: Mme RIDON

Nous avons souhaité consacrer une unité de soin destinée à développer une approche thérapeutique institutionnelle pour la prise en charge des pathologies chroniques, et en particulier la psychose lorsqu'elle nécessite une hospitalisation prolongée.

L'enjeu d'un tel dispositif est de soigner spécifiquement la chronicité en évitant la chronicisation iatrogène dont les facteurs sont connus : les entrées/sorties répétées, les nombreuses réorientations du projet de soin individualisé, le manque de disponibilité des soignants occupés à des tâches prioritaires, l'oubli prolongé du patient cliniquement silencieux...

Mais la chronicité fait peur. Dans ce qu'elle a de figé et de séquentaire, elle tend à entraîner le patient et le soignant avec lui, dans une spirale mortifère et dépressive. C'est pourquoi il peut être légitime de penser que la chronicité ne peut pas être traitée dans une institution épuisée, dévitalisée et désaffectée par la répétition des tâches techniques et systématiques, mais qu'elle nécessite **un milieu chaleureux, disponible et organisé pour produire de l'affect, du sens, du temps et de la relation.**

C'est dans cette optique que nous souhaitons mettre en place l'unité de soin institutionnel, qui se constituerait alors comme une « **métaphore d'un appareil psychique** » venant étayer celui du patient, en signifiant particulièrement :

- La matérialisation des différentes limites du psychisme humain (dedans/dehors, moi/objet, choses/mots ...)
- Les modalités de transition d'un espace à un autre
- L'aptitude à équilibrer les oppositions et les conflits
- L'alternance présence/absence
- La notion de temporalité...

Pour aboutir à cela nous proposons un fonctionnement qui permette à l'institution traitante de remplir ses rôles de **contenant**, de **suppléance** et d'**incitation**. Il faudrait pour cela :

→ Aménager, dans la mesure du possible, des espaces différenciés dans l'unité ;

- Diversifier les outils et les supports thérapeutiques, en favorisant les thérapies à médiation ;
- Définir des temps d'échanges et de réflexions institutionnels ;
- Mettre en place des infirmiers référents ;
- Travailler particulièrement les habiletés psychosociales ;
- Ouvrir au maximum l'unité au partenariat avec les intervenants psycho-éducatifs, et en particulier ceux de la plate-forme fonctionnelle de réhabilitation psycho-sociale.

Une unité à double vocation: l'accueil des admissions, et la prise en charge de patients nécessitant un cadre hospitalier contenant : pavillon D15

Caractéristiques (actualisées en décembre 2004)

- Unité fermée de 24 lits, avec un secteur d'isolement de 3chambres
- Effectifs : 24,4 ETP
- Médecin référent : Dr D.MARCOT
- Cadre de santé : M. D. KIEFFER

Si nous avons retenu l'option d'une seule unité d'admission, c'est à la fois pour éviter les risques d'admissions directes en unité ouverte dotée de moins de soignants, et pour permettre à l'unité de soins institutionnelle de se centrer sur ses missions et de ne pas s'en détourner au profit de la gestion toujours prioritaire des admissions. Il s'agit également de reconnaître la spécificité du travail de l'accueil et faciliter ainsi la mise en place, l'application et l'évaluation d'un certain nombre de procédures d'accueil élaborées dans le cadre de la démarche qualité de l'hôpital. Enfin, elle devrait aussi permettre d'observer et d'évaluer dans de bonnes conditions et pendant le temps nécessaire les patients admis, et ainsi poser la meilleure indication d'orientation secondaire.

Le choix du pavillon D15 s'est rapidement imposé pour remplir cette double mission. Parce que l'équipe qui y travaille a acquis l'expérience des soins aux patients particulièrement difficiles et instables, qu'il comporte un secteur d'isolement thérapeutique composé de trois chambres, et que sa configuration permet la proximité de deux zones communicantes mais fonctionnellement différenciées. Ces arguments sont encore renforcés par la réalisation très prochaine de travaux d'humanisation comportant la transformation d'une majorité de chambres multiples en chambres individuelles.

Les modalités de fonctionnement de cette unité devront intégrer :

- La réflexion autour du travail d'accueil et, la rédaction d'une procédure d'accueil ;
- L'importance du travail d'évaluation dont dépend ensuite la qualité et l'adéquation de l'orientation secondaire ;
- L'anticipation permanente des disponibilités en places d'admission ;
- La bonne tenue du dossier patient transmis au moment de l'orientation secondaire

Une unité ouverte de 20 lits au pavillon D5

Caractéristiques :

Unité ouverte en journée
Effectifs : 15,4 ETP
Médecin référent : Dr. V. SCHWEITZER
Cadre de santé : Mme LIÈVREMONT

L'opportunité s'étant présentée de pouvoir investir le pavillon D5 récemment restauré, nous avons choisi d'y installer la seule unité ouverte du secteur. Elle est destinée à la prise en charge de patients souffrant de troubles névrotiques, dépressifs ou réactionnels, et dont l'autonomie et le comportement permettent un maintien en unité ouverte. Ce mode d'hospitalisation représente incontestablement une amélioration de l'offre de soin et des conditions d'accueil pour les patients nécessitant un travail de restauration psychique et de narcissisation.

Le fonctionnement de l'unité s'articule donc autour :

- De l'usage préférentiel des modes thérapeutiques utilisant la parole
- De l'autonomie des patients pour la gestion du temps, des sorties de l'unité, et des besoins essentiels
- D'un travail infirmier basé sur les entretiens individuels et sur le soutien
- De l'absence d'admissions directes en dehors de l'accord d'un des médecins de l'unité

❖ La complémentarité avec les structures intersectorielles

Les ATISES

En tant que dispositif intersectoriel regroupant, sur le site du CHE, un ensemble de compétences spécifiques (ergothérapie, psychomotricité, activités sportives encadrées...), les ATISES offrent la possibilité d'enrichir les prises en charges et de compléter les projets de soin des patients hospitalisés. Compte tenu des effectifs soignants des unités d'hospitalisation, leurs interventions sont de plus en plus nécessaires et très appréciées des patients. Les projets de soins de nos unités vont donc devoir s'articuler avec ce dispositif, en précisant comment ces activités peuvent être intégrées au soin, et ne pas être ressenties comme des temps soignants dissociés du projet thérapeutique élaboré dans l'unité d'accueil du patient.

Le DIP

Adapté à l'accueil et à la prise en charge des patients âgés de plus de 70 ans, le DIP est doté de 39 lits dont 13 proviennent du secteur G10. De ce fait, il

correspond à une des orientations de notre projet : mettre en place des unités de soins différenciés pour certaines catégories de patients. Comme pour les ATISES, il s'agit maintenant de préciser les articulations entre ce département intersectoriel, d'autant plus que certains patients âgés continuent à être suivis sur le secteur.

4.3.2 Restructuration du dispositif extra- hospitalier

Le CMP : « tête de pont du secteur »

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, rappelle que « ...Le secteur doit se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de santé primaires près de la population, et faire contrepoids à l'hospitalo-centrisme... » Nous avons déjà rappelé que l'insertion de nos équipes de CMP au plus près de la population est un atout de notre dispositif de soin. Il ne s'agit donc pas de restructurer fondamentalement le CMP mais, au contraire, de le positionner en tête de pont du dispositif, et d'y apporter les aménagements fonctionnels afin qu'il puisse tenir cette place.

Nous souhaitons donc que le CMP soit effectivement le **centre de gravité géographique et fonctionnel du secteur** ; géographique parce que situé au cœur de la cité, fonctionnel parce que point de départ et de convergence des actions de prévention , de réseau et de soin. Il lui faut pour cela se doter d'outils opérationnels et de modes de fonctionnement adaptés.

- ❖ Les outils opérationnels à réinvestir à partir du CMP, ou comment structurer la concertation de proximité.

Les contacts de nos équipes avec le tissu social, et leur implication dans le soin de proximité, ont imprégné le fonctionnement sectoriel et enrichi nos pratiques d'un solide sens du terrain. Mais si nos rencontres avec les acteurs de la cité se font aujourd'hui principalement à l'occasion de situations cliniques, ne pourrions-nous pas faire en sorte que demain, elles s'organisent aussi à partir d'instances opérationnelles où aurait lieu une véritable concertation de proximité. Car comment accompagner le patient dans l'épreuve sociale permanente que lui impose sa maladie, comment l'aider dans son travail de conciliation avec la communauté sociale, et comment aider celle-ci à accepter et à comprendre la souffrance psychique, sans organiser une concertation régulière entre l'institution soignante, les usagers et le tissu social ?

La forme que pourrait prendre cette concertation reste à définir, mais il existe déjà sur la palette des outils de l'organisation sectorielle, une instance opérationnelle prévue à cet effet. Il s'agit des **conseils de secteurs** dont la mission est de réunir régulièrement les acteurs sanitaires et sociaux concernés par la santé mentale sur le secteur, d'orienter la politique de prévention et de réadaptation en fonction du contexte local, et de permettre la mise en œuvre de synergies positives entre les différents acteurs (1). À côté de ces conseils, la mise en place de rencontres régulières avec divers intervenants impliqués dans les questions sociales ou celles de santé mentale, pourraient être organisées de façon moins formelle, mais dans la même optique d'échanges et lien.

❖ Les aménagements fonctionnels recommandés

- Ouverture tous les jours de la semaine, à des horaires réguliers, afin de faciliter l'accès aux soins et la réponse aux situations de crise ou d'urgence ;
- Plages et horaires d'ouverture plus étendus (au-delà de 17 heures)
- Remise en place des réunions cliniques hebdomadaires ;
- Temps réservés pour des réunions de synthèse globale ;
- Adaptation de l'offre de consultation aux besoins pour éviter les délais de consultation trop longs
- Accueil des urgences ou des situations de crise dans la journée par un infirmier de permanence et, si nécessaires, vues par un médecin dans un délai d'une semaine
- Conditions de sécurité déterminées avec la définition d'une présence soignante minimum ;

Les conditions d'accueil et l'optimisation des moyens en HDJ

La question se pose régulièrement de fusionner 2 hôpitaux de jour. Le comité de pilotage a choisi de ne pas trancher cette question et propose qu'une réflexion ait lieu pour éclairer une éventuelle décision.

C'est pourquoi il a été proposé de :

- Mettre en place un groupe de travail pour étudier les impacts d'une fusion de deux HDJ et faire des propositions d'organisation
- De mener cette réflexion en tenant compte des diversités de besoins sur le secteur et des grands axes de communication
- D'évaluer précisément l'activité des différents hôpitaux de jour en distinguant les prises en charge en CATTP.

Les effectifs

Soignants : 17 ETP

Médecins : Tous les médecins du secteur interviennent en extra-hospitalier

Psychologues : les 2 psychologues du secteur interviennent au CMP ou dans les hôpitaux de jour
Assistante sociale : 1 ETP d'assistante sociale est consacré à l'extra-hospitalier

5 L'amélioration des processus et des outils relatifs à l'organisation des soins

5.1 Objectifs

- Faciliter la continuité des soins et la prise en charge globale des patients, en tenant compte de la diversité des acteurs et de la multiplicité des structures
- Optimiser les moyens attribués au secteur
- Mettre en valeur et articuler les dimensions synchroniques (qui concernent les actions menées à un temps donné) et diachroniques (qui concernent l'évolution de ces actions dans le temps) du projet de soins individualisé
- Développer et utiliser des outils et des supports de soin qui répondent aux exigences suivantes:
 - être accessibles et utilisables par les professionnels concernés
 - Permettre, le cas échéant, de conserver la trace des réflexions et des démarches entreprises
 - être formalisés et uniformisés sur l'ensemble du secteur
 - Garantir la confidentialité de ces informations par la sécurisation des données retranscrites et le discernement des types d'informations échangées selon les intervenants concernés

5.2 Argumentaire

Au cours des différentes réunions de travail du comité de pilotage, les problèmes liés à l'organisation des soins ont souvent été rapportés par les participants. Ils insistaient particulièrement sur les difficultés éprouvées pour la coordination des soins, ou encore sur le manque d'informations suffisantes lors des relais de prise en charge d'une unité de soin à une autre. Alors que le secteur est censé être un dispositif construit autour d'une cohérence interne et constitué d'unités fonctionnelles complémentaires les unes des autres, le constat a été fait de certains cloisonnements délétères pour la continuité des soins.

Pourtant, des outils (réunions diverses, transmissions infirmières, feuilles de liaison, etc...) existent dans les unités pour éviter au mieux ces difficultés de fonctionnement et la perte d'efficacité qu'elles induisent. Mais leur faible impact sur les problèmes de coordination et de liaison rencontrés, montre la nécessité de les redéfinir et de les réinvestir.

C'est pourquoi, le comité de pilotage a estimé nécessaire et prioritaire la réflexion autour de l'amélioration des processus et des outils du soin. L'enjeu capital de cette réflexion et des propositions qui en ressortiront est de **permettre au dispositif de soin d'être générateur de lien, de cohérence et de continuité pour des patients psychologiquement fragilisés d'en avoir manqué.**

5.3 Propositions d'actions

- ⇒ Redéfinir et améliorer les **outils de coordination et de liaison**, en précisant leurs objectifs et leurs modalités d'utilisation
- ⇒ Réinvestir **la notion de « référent »**
- ⇒ Mettre en place les outils visant à favoriser le **décloisonnement** à l'intérieur du secteur
- ⇒ Établir les conditions d'un fonctionnement participatif et responsabilisé de l'équipe pluridisciplinaire

5.3.1 Les outils de coordination et de liaison

Le dossier patient

Défini par le Code de Santé Publique issu de la loi EVIN du 30 juillet 1991, puis précisé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le dossier médical est l'élément essentiel du système d'information concernant le patient et nous le considérons comme le support et le recueil principal de la démarche diagnostique, des observations des soignants et de l'information du patient. À ce titre, il devrait être une pièce maîtresse de l'organisation des soins, véritable interface entre le patient et le soignant, où convergent la plupart des informations et actions relatives au projet de soin.

C'est pourquoi, cet outil est un des axes de travail du Projet d'Établissement 1999-2004 qui s'est fixé comme objectif d'uniformiser son utilisation sur l'ensemble du CHE en proposant, entre autres, de généraliser son informatisation. Mais au stade actuel de son développement, le dossier informatisé ne peut pas encore remplacer toutes les fonctions du dossier papier et impose donc la coexistence provisoire des deux outils. Pour les utilisateurs, il

est alors difficile de s'approprier le nouvel outil sans désinvestir l'ancien qui reste nécessaire et mériterait d'être mieux utilisé. C'est peut-être une des raisons qui expliquerait que:

- Les modalités de remplissage et d'archivage ne sont pas uniformisées au sein même du secteur, il peut même coexister plusieurs dossiers pour le même patient
- Il existe une dispersion des informations et de leur transmission d'une unité à une autre
- Lorsque cela est justifié le dossier est rarement utilisé comme support au moment des actions de soins, des échanges cliniques ou lors des transmissions.

Propositions d'amélioration

- ⇒ Le dossier devrait suivre le patient dans tout son parcours de soins en intra ou en extra-hospitalier.
- ⇒ Il devrait être présent et utilisé lors des transmissions ou à chaque étape du projet de soins (au moment des réunions notamment)
- ⇒ Chacun des intervenants (y compris les psychologues, assistantes sociales et intervenants des ATISES) l'actualise et l'informe en laissant une transmission de son intervention auprès du patient. Cela n'exclut pas que ces professionnels conservent leur outil de transcription personnel et adapté à la spécificité de leur tâche. Il existe, dans le cadre du dossier patient actuel, des fiches de transmissions spécifiques pour les intervenants. Celles-ci devraient être remplies et figurer dans la rubrique "autres intervenants" du dossier tel qu'il est établi actuellement. Les critiques formulées par le comité de pilotage quant aux choix des rubriques et à leurs formulations seront renvoyées à la Cellule Qualité de l'hôpital ainsi qu'à la Direction des Soins pour participer à une éventuelle réflexion commune à l'établissement.
- ⇒ Il revient à chacun de veiller, sous la responsabilité des cadres des unités, à ranger et à trier le dossier patient selon le protocole validé par l'établissement.

Ainsi nous espérons que grâce à ces recommandations, **le dossier patient ne soit plus essentiellement utilisé comme un recueil de données d'archives, mais comme un outil de travail dynamique et vivant, garant de la continuité des soins, et qui témoigne de toutes les démarches réalisées autour du patient.**

Les transmissions infirmières

Elles sont un outil essentiel de l'organisation des soins, et représentent un domaine qui a beaucoup évolué dans la profession infirmière, notamment grâce aux transmissions ciblées.

Même si tous les agents y ont été formés, leur application sur le terrain reste à développer. Mais c'est également un domaine où les habitudes sont les plus difficiles à modifier sur le terrain.

Les réflexions du comité de pilotage ont mis en évidence le rôle actuel des cadres des unités, qui assurent le plus souvent les transmissions, surtout lorsqu'elles sont faites à l'attention des médecins. La raison de ce positionnement du cadre semble relever de l'histoire institutionnelle (on évoque le désir de maîtrise du cadre sur les informations circulantes), du fonctionnement en horaires décalés et du manque de disponibilité des agents. Or dans l'organisation actuelle des soins, il nous semble important de préciser que le cadre n'est pas le vecteur des transmissions infirmières dans une unité de soin, mais qu'il doit veiller à leur bon fonctionnement

Propositions de comité de pilotage pour l'amélioration des transmissions infirmières :

- ⇒ Resituer les transmissions comme relevant du rôle propre des infirmiers
- ⇒ Repositionner le cadre dans une fonction de garant des processus de transmission de l'information
- ⇒ Compléter, autant que de besoin, la formation des agents dans le domaine des transmissions ciblées

Les réunions de coordination des soins et du fonctionnement institutionnel

Objectifs :

- Intégrer la pratique des réunions dans le mode de fonctionnement de toutes les unités de soins
- Mettre en place les réunions selon le guide méthodologique élaboré par le comité de pilotage (cf. tableau).

Le comité de pilotage a consacré beaucoup de temps à la question des réunions, parce qu'elles sont un des principaux opérateurs du dispositif soignant et institutionnel. En effet, pour se construire dans le souci de la cohérence et de la continuité, les prises en charge multidisciplinaires et l'outil institutionnel nécessitent des temps consacrés aux échanges et aux réflexions communes.

À ce titre, nous reconnaissons aux réunions trois fonctions d'égale importance :

- ⇒ **Fonction organisationnelle** d'échange d'information et d'harmonisation des projets,
- ⇒ Une **fonction de régulation et d'échange des affects** des soignants,

⇒ Une **fonction d'accès à la parole** pour chaque sujet du soin, et donc d'émergence du discours collectif non hiérarchisé.

Aussi, pour permettre aux réunions de jouer leur rôle essentiel, nous avons souhaité mieux les définir en précisant pour chacune, son objet, ses participants, éventuellement sa périodicité, et les formaliser pour en faire de véritables outils à la disposition des différents professionnels.

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE POUR LES RÉUNIONS

	Objectifs	Participants	Modalités	Compte rendu	Remarques
Réunion clinique	- Élaboration et suivi du projet de soin individualisé	- Les membres de l'équipe pluridisciplinaire en poste au moment de la réunion - Pas de participants extérieurs au service	- Durée : limitée < 30 minutes par patient - Fréquence : régulière de 1 à 4 par mois et par patient Localisation : unité de soin	Transmissions ciblées (peut faire l'objet d'une macrocible)	Sont également appelées « réunions hebdomadaires » dans certaines unités
Réunion de synthèse clinique	Réflexion clinique libre au sujet d'un patient Échanges autour des dimensions psychopathologiques et dynamiques, relationnelles, transférentielles, thérapeutiques... Peut aboutir à une réorientation du projet de soin	- Membres de l'équipe pluridisciplinaire concernés et intéressés - Importance de la présence des référents lorsqu'ils existent - Possibilité d'invitations de cliniciens extérieurs pour aider à la réflexion	- Sollicitée par un membre de l'équipe pluridisciplinaire - Durée : 1 à 2 heures - Fréquence : non régulière , indiquée par la situation clinique - Peut préparer une synthèse globale		- Est l'occasion d'analyse des processus dynamiques et transférentiels mis en jeu dans la relation entre le sujet soigné, le sujet soignant et l'institution t
Réunion de synthèse et de partenariat	Moment de mise en commun des approches de chaque intervenant en vue de la construction du projet de prise en charge globale	Les acteurs de la prise en charge du patient, y compris les intervenants et partenaires extérieurs au dispositif de soin	- Programmée lors des étapes importantes de la prise en charge - Fréquence : au moins 2 fois par an pour les prises en charges prolongées - Organisée sous la responsabilité d'un cadre - Préparée si possible par l'infirmier référent	Résumé réalisé par un soignant désigné pendant la réunion, et retranscrit sur la fiche de synthèse ad hoc (annexe), et intégrée au dossier patient	Les partenaires extérieurs au dispositif de soin sont les tuteurs, les intervenants du secteur médico-social, les assistantes sociales...
Réunion institutionnelle	Permet de réfléchir en équipe à l'outil de soin institutionnel, et aux orientations à prendre quant à l'organisation des soins Elle est le lieu d'expression et d'échanges où s'affirme le collectif soignant	Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les responsables du secteur sur invitation	- Préparée (avec ordre du jour) par le cadre de l'unité - Fréquence régulière à apprécier par les responsables de l'unité de soin avec un minimum recommandé d'une par trimestre	- Le cadre de l'unité rédige le CR sur un support qu'il choisit. - Le CR doit être conservé dans l'unité et rester consultable par tous	Ne doit pas être confondue avec les réunions de fonctionnement qui ne concernent pas directement tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire
Réunion de relais	Visé à articuler les projets de soin et à transmettre les informations au moment d'un relais de prise en charge entre deux équipes ou deux structures	Les membres des équipes qui se passent le relais	Programmée par les responsables des structures ou des équipes qui se passent le relais	- Chaque équipe retranscrit le CR sur son support habituel de travail - Pour les unités de soin, le CR fait l'objet d'une macro- ciblé précisant les objectifs de la prise en charge et les difficultés à anticiper	Elle est surtout indiquée pour des patients suivis régulièrement par une équipe, ou pour ceux dont la prise en charge est complexe
Les réunions de fonctionnement	Consistent à assurer le fonctionnement habituel des équipes : d'infirmières, d'encadrement, d'assistantes sociales, de psychologues, médicales	Les professionnels membres de l'équipe concernée	Appréciées par chaque équipe	Laisse à l'appréciation du responsable de la réunion	Ne concernent pas l'élaboration des projets de soin, mais uniquement le bon déroulement des processus qui les déterminent

5.3.2 La notion de « référent »

Objectifs :

- Distinguer la notion de « référent patient » et celle de « référent projet ou activité »
- Réinvestir l'outil thérapeutique et institutionnel que représente l'infirmier référent du patient
- Préciser les indications de cet outil dans le cadre du projet de soin individualisé
- Définir les modalités de mise en place et d'accompagnement de l'infirmier référent dans les équipes

Le « référent patient »

Le comité de pilotage a reconnu que la mise en place d'infirmiers, référents du patient devait être considéré comme un des outils de la prise en charge infirmière, particulièrement important pour les patients nécessitant un accompagnement soignant prolongé, dans la mesure où:

- il signifie au patient qu'il bénéficie, au sein de l'équipe soignante, d'un interlocuteur privilégié qui représente pour lui un repère stable pendant la durée du soin
- il veille à réorienter les soins en fonction du projet, à partager et à recentrer les informations concernant le malade et son suivi.

L'infirmier référent d'un patient se situe donc à l'interface entre ce patient et l'institution soignante. Il devient alors un pivot fonctionnel où s'articulent et se coordonnent l'équipe pluridisciplinaire et le projet de soin. Mais au-delà de cette fonction organisationnelle, l'infirmier référent du patient choisit d'établir avec lui une relation de soin privilégiée que l'un et l'autre nourrissent d'empathie, d'investissements, d'attentes et de représentations réciproques. Accepter cette relation particulière dans toutes ses dimensions, c'est reconnaître sa portée thérapeutique essentielle. Mais c'est aussi reconnaître l'engagement personnel du soignant qui s'expose ainsi à l'éprouvé des processus transférentiels, aux projections et identifications de toutes sortes, et finalement au risque fusionnel.

C'est pourquoi il nous paraît très important de rappeler deux principes essentiels qui conditionnent le sens thérapeutique d'un tel outil:

- ◆ L'infirmier référent du patient n'est pas isolé et confiné au cercle thérapeutique intime dessiné par cette relation soignant/soigné privilégiée. Au contraire, cette relation doit constamment être réinterrogée au travers du projet de soin global et se déployer dans le champ de la prise en charge institutionnelle. C'est ainsi qu'elle peut être protégée du risque fusionnel ou de toute puissance, par la régulation qu'exerce sur elle l'institution soignante, dans sa fonction de tiers
- ◆ L'infirmier référent d'un patient ne se substitue pas au rôle soignant du reste de l'équipe par rapport à ce patient, et **la fonction de référence ne peut pas être confondue avec la fonction de présence**. Ainsi,

l'infirmier référent n'assure pas la permanence et la continuité des soins quotidiens, mais est garant d'une **continuité de projet** qu'il incarne par sa connaissance du patient et sa préoccupation à penser les liens et les étapes de la prise en charge.

Ceci nous amène à définir le cadre et la procédure de mise en place de l'infirmier référent d'un patient.

- L'infirmier référent d'un patient doit avoir choisi de l'être
- L'indication est discutée en réunion d'équipe et validée par le médecin responsable du patient. Pour certains patients ou dans l'optique d'une complémentarité de compétence, deux référents peuvent être nommés
- Il est particulièrement recommandé pour des prises en charges institutionnelles ou de longue durée, en intra comme en extra-hospitalier
- Il exerce, sous la responsabilité du cadre de l'unité, les missions suivantes:
 - Élaborer le projet de soin individualisé avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire
 - Participer activement aux étapes déterminantes pour le projet de soin du patient
 - Assurer la coordination des différents acteurs du projet
 - Veiller au recueil des informations et aux retranscriptions écrites dans le dossier
 - Préparer les réunions concernant le patient
 - Assurer un bilan périodique du projet et son évaluation régulière

Les référents projets ou activité

Objectifs :

- Permettre aux différents acteurs du soin de s'impliquer plus fortement dans des projets précis, selon leurs souhaits, affinités et compétences
- Garantir la coordination, le suivi et l'évaluation des projets
- Créer des plates-formes de transversalité autour de compétences spécifiques

À bien y regarder, la notion de référent d'activité est déjà appliquée dans nos unités de soin. En effet, les fiches de poste et le travail en poste de responsabilité journalier (infirmierie, entretiens médicaux...) sont des modèles de référents limités au temps de poste de travail. Les médecins responsables des unités fonctionnelles sont également des référents, sur ce même mode.

Nous proposons donc que soient réaffirmés les référents projets ou activités dans des domaines de compétence tels que :

- Certaines tâches et responsabilités liées à l'organisation des soins (pharmacie, dossier patient, etc...)
- Certaines activités thérapeutiques ou projets institutionnels
- Certaines réflexions dans le cadre de groupes de travail

Ces volontaires sont nommés par le cadre de l'unité de soin, par le cadre supérieur de santé en cas d'activité transversale, ou par le médecin chef de service lorsqu'ils ne relèvent pas d'autre hiérarchie. Le référent est alors responsable de l'organisation et du suivi de l'activité ou du projet, même s'il n'est pas le seul à les mener

5.3.3 Le décloisonnement

Objectifs :

- Favoriser la communication et les liens entre les différentes unités du secteur
- Atténuer les clivages internes au profit de la complémentarité des structures du dispositif
- D'améliorer la continuité des soins pour les patients suivis successivement ou simultanément sur plusieurs structures du secteur,
- Permettre l'émergence d'un « **esprit collectif de secteur** »

Argumentaire

Induit principalement par les traumatismes institutionnels successifs, et facilité par la sédentarisation de certaines équipes et la multiplicité des structures, le cloisonnement des unités du secteur est repéré comme un obstacle fonctionnel majeur du service, et comme un facteur de tension entre les équipes. Il ne concerne pas seulement les relations entre l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier géographiquement éloignés, mais bien l'ensemble des unités du secteur.

Ainsi, les effets attendus du décloisonnement seraient, d'une part, d'envisager l'outil de soin sectoriel non pas comme une juxtaposition d'unités fonctionnelles, mais comme **un ensemble cohérent d'unités complémentaires les unes des autres**. D'autre part, de faire tomber les clivages pour permettre l'émergence d'un « **esprit collectif de secteur** »

Proposition d'actions

- ⇒ Encourager la mobilité du personnel en respectant au mieux les choix de chaque agent
- ⇒ Proposer le plus possible des échanges de soignants entre les unités pour leur permettre de les découvrir réellement
- ⇒ Systématiser le recours aux outils de liaison ou de relais lors du passage d'un patient d'une unité à une autre (cf. annexes X fiche de liaison et annexe Z admission en HDJ)
- ⇒ Réfléchir à la possibilité d'interventions ou de rôles transversaux de certains infirmiers ou cadres infirmiers, en particulier lorsque cela concerne une compétence spécifique d'un agent sur le secteur.

Le décloisonnement des dispositifs de soin en psychiatrie, à tous les niveaux de son organisation complexe, figure comme une directive prioritaire pour le SROS à venir. À l'échelle de notre service nous en reconnaissons l'importance et c'est pourquoi il nous semble que la dynamique du projet de service est déjà empreinte d'une volonté commune de faire tomber les clivages. On peut d'ailleurs citer en exemple les mouvements de personnels qui ont eu lieu lors de la réorganisation du dispositif d'hospitalisation à temps plein sur trois pavillons : 40% des agents ont saisi l'occasion pour changer d'unité, et que plus de 90 % de leurs souhaits d'affectation ont pu être respectés.

Par ailleurs, à plusieurs reprises, le comité de pilotage s'est penché sur la question de la fréquence de mobilité du personnel. Mais dans la mesure où il est indispensable (sauf cas de force majeure) que l'agent lui-même détermine son plan de mobilité selon la trajectoire professionnelle qu'il a choisi de suivre, il ne peut être question d'imposer une limite de durée d'affectation dans une unité. Cependant, à titre indicatif, une moyenne de 3 à 6 années de travail dans la même unité est recommandée par le comité de pilotage.

5.3.4 Les modalités du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire et les outils de la démarche participative

Principes du fonctionnement en équipe multidisciplinaire

Si la richesse d'une équipe pluridisciplinaire réside dans la diversité et la spécificité de ceux qui la composent, son efficacité opérationnelle et sa capacité à développer des synergies entre ses membres, dépendent à la fois :

- Des règles qui établissent les liens fonctionnels entre les différents professionnels
- Du respect du rôle et de la compétence de chacun
- De l'adéquation entre la fonction, la mission et le poste

Les outils qui précisent ces modalités existent déjà. Ce sont les fiches de poste par agent, ainsi que les codes de déontologie propres à chaque profession.

Le comité de pilotage a souhaité que soient présentés en annexe (annexes 6 à 11), à l'attention de tous, les grandes lignes de ces codes de déontologie et des profils de poste qui leurs correspondent.

Ces documents sont des outils constitutionnels du travail en équipe. À l'heure où beaucoup d'agents nous interpellent sur les glissements de tâches qui lentement les détournent de leurs métiers premiers, et que l'on souhaite proposer à d'autres professionnels de rejoindre nos équipes, nous réaffirmons l'importance du respect des rôles de chacun. Nous y voyons là une condition incontournable pour que la précieuse complémentarité des métiers ne se transforme pas en un conflit de compétences et ne se dilue pas dans une indifférenciation délétère pour tous.

Les outils de la démarche participative

Le projet de service, par la méthodologie qui a guidé son élaboration, est un exemple de démarche participative de l'ensemble des soignants. Leur implication, confirmée au fil des nombreuses réunions du comité de pilotage, nous a montré à quel point, lorsque l'enjeu est important et la méthode adaptée, les équipes savaient se remettre en question et apporter leurs idées à la réflexion commune.

Il s'agit maintenant de suivre cet exemple et d'en tirer les enseignements, en incitant à l'utilisation des supports de cette participation de tous les membres des équipes.

Création d'une boîte à idée

Si certains savent facilement exprimer leurs idées et éventuellement les soutenir, d'autres n'ont pas cette aisance. Parce que la qualité d'une idée ne peut pas être préjugée, et afin que chacun puisse faire part de ses suggestions, nous avons pensé à créer une boîte à idée. Il s'agit simplement d'une collecte de propositions écrites, individuelles ou groupées, qui concernent l'amélioration de nos fonctionnements. Elle consisterait à envoyer un courrier interne à l'adresse suivante : G10, secrétariat-boîte à idées. Ces courriers seraient conservés au secrétariat pour être étudiés ensuite lors en réunion de cadres

Les groupes de travail et les instances décisionnelles du service

Les groupes de travail sont chargés de réfléchir et de faire des propositions par rapport à un aspect précis de nos pratiques ou de notre organisation. Ils sont composés d'un nombre limité de participants, et fixent eux-mêmes leur méthode de travail.

Les comités de pilotages fonctionnent sur les mêmes principes, mais à leur mission de réflexion s'ajoute celle de suivre le projet qu'ils ont piloté.

Concernant les prises de décisions, elles reviennent aux responsables des unités fonctionnelles ou du service. Mais lorsqu'une décision implique de façon significative l'organisation ou la constitution du service, elle doit faire l'objet d'un débat au Conseil de Service.

6 Développer, en partenariat avec le secteur médico-social et associatif, les alternatives à l'hospitalisation prolongée, en créant une PLATE-FORME FONCTIONNELLE DE RÉINSERTION PSYCHO-SOCIALE.

6.1 Objectifs:

- Favoriser l'autonomie et la réhabilitation psycho-sociale des patients
- Diminuer le nombre de séjours hospitaliers très prolongés (supérieur à 6 mois)
- Mettre en place un dispositif fonctionnel capable d'intervenir aux différentes étapes de la réinsertion psycho-sociale
- Articuler ce dispositif avec les structures médico-sociales hébergeant des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves
- Créer dans la cité, un lieu d'hébergement thérapeutique de type « maison communautaire » pour patients psychotiques

6.2 Argumentaire

Il existe actuellement très peu de structures alternatives à l'hospitalisation psychiatrique pour nos patients lorsque leur maladie les empêche, de façon prolongée, de vivre à domicile en mode d'hébergement ordinaire. Actuellement, en dehors de l'hospitalisation, les seuls recours sont le placement en famille d'accueil (limitées et inégalement réparties dans le département), le logement, en appartement associatif, ou l'accueil en structures d'hébergement social ou médico-social dont on perçoit de plus en plus les difficultés à prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Et la crainte de voir se fermer les accès à ces lieux d'accueil qui jusque-là faisaient un travail d'accompagnement remarquable, est encore amplifiée par l'image du « fou dangereux » que les récents drames médico-légaux ont fait resurgir.

Cette situation participe à l'augmentation du nombre « d'inadéquats à l'hospitalisation prolongée en psychiatrie », et est repérée comme une des causes principales du manque de lits d'admissions dans nos services. Elle est surtout, pour les plus fragiles de ces patients, un facteur iatrogène désastreux de chronicisation, de régression aliénante et de désinsertion sociale. C'est pourquoi, tous les acteurs du champ de la santé mentale affirment le besoin de lieux d'hébergement adaptés à l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques.

Des réponses se mettent en place dans le département, le plus souvent à l'initiative du milieu associatif ou médico-social. Il s'agit de l'ouverture de « maisons relais », du renforcement des possibilités d'accompagnement en appartements associatifs (gérés à partir du CHE par l'Association pour la Réinsertion en Psychiatrie ; ARP), et de l'expérience de « familles gouvernante » (proposée par l'Union Départementale des Associations Familiales ; UDAF).

Déclinés sur différents modes, tous ces projets visent à créer des lieux de vie qui représentent un espoir certain pour la réinsertion des patients suivis en psychiatrie. Ils sont également les pivots autour desquels s'articulent les projets de vie et les projets de soin des personnes hébergées. **Un partenariat s'impose alors entre le secteur psychiatrique et les promoteurs de ces initiatives**, d'autant qu'il est de notre responsabilité de veiller à 2 points essentiels :

- Que cette préoccupation légitime d'hébergement ne fasse pas passer au second plan la continuité des soins et les spécificités de prise en charge qu'imposent notamment les maladies psychotiques.
- Que parmi l'ensemble des structures d'hébergement à l'étude, il y en ait au moins une destinée à donner une chance de réinsertion aux patients les plus gravement malades qui nécessitent des soins psychiatriques continus et prolongés.

C'est pourquoi, plutôt que de reproduire les exemples de « partenariat de service », où les uns et les autres sont mis devant le fait accompli pour intervenir dans un dispositif qu'ils n'ont pas initialement pensé ensemble, nous souhaitons que s'établisse, autour de la question de la réinsertion psychosociale, un vrai « **partenariat de projet** ». Celui-ci permettrait une concertation préalable de terrain sur l'évaluation des besoins et des moyens à mettre en oeuvre, ainsi qu'une définition des rôles et compétences de chacun des acteurs. Enfin, dans le cadre d'un tel projet, il nous semble que la réflexion, pour la psychiatrie, porte sur deux questions fondamentales :

- Comment redéployer nos projets de soins, actuellement centrés sur les structures intra ou extra hospitalières existantes, sur le lieu de vie des personnes soignées ?
- Comment penser et organiser, pour les patients les plus gravement atteints, des soins continus en dehors d'un dispositif d'hospitalisation (à temps plein ou à temps partiel) ?

6.3 Actions proposées

- ⇒ Encourager l'ouverture d'un lieu d'hébergement et de soin sectorisé de type « **maison communautaire** », intégré dans la cité ;
- ⇒ S'engager à y assurer la **continuité des soins** ainsi que dans les autres structures d'hébergement, en définissant avec leurs gestionnaires, des **niveaux de besoin différenciés** ;
- ⇒ Créer pour cela une **plate-forme fonctionnelle de réinsertion psychosociale** composée de soignants et d'intervenants socio-éducatifs.

6.3.1 Pourquoi une plate-forme fonctionnelle ?

Cette plate-forme fonctionnelle serait un regroupement de compétences et de moyens rattachés au secteur, en faveur d'une mission définie : l'accompagnement psychiatrique des malades accueillis en structure d'hébergement et qui nécessite un travail thérapeutique pour soutenir leur réinsertion psycho-sociale. Elle pourrait prendre la forme d'une unité fonctionnelle ayant une mission transversale sur le secteur.

Ce travail spécifique reposerait sur une synergie entre les métiers socio-éducatifs et les métiers du soin qui constitueraient la plate-forme : infirmiers, assistante sociale, psychologue, intervenants socio-éducatifs, psychiatre.

N'étant pas rattachée de façon exclusive à une structure, elle permettrait le déploiement de ses moyens, de façon transversale et adaptative, sur les différents lieux de vie fréquentés par les personnes que la maladie mentale handicape socialement au point qu'ils ne peuvent vivre en mode d'hébergement ordinaire. Les avantages d'un dispositif fonctionnel intervenant à plusieurs niveaux sont multiples :

Il permet de faire bénéficier un maximum de malades, des compétences et de l'expertise des équipes constituant la plate-forme

- Il limite les cloisonnements et permet aux équipes une vision plus globale des problématiques d'hébergement et de réinsertion ;
- Il permet une continuité d'équipe et de projet lors des passages possibles d'une structure à une autre ;
- Il permet aux équipes d'avoir une activité plus diversifiée et enrichissante.

6.3.2 Les différents niveaux de besoin et d'intervention de la plate-forme

Le niveau de l'hospitalisation à temps plein

Il concerne des patients hospitalisés au long cours, souffrant de pathologies psychotiques, et justifiant des soins continus et prolongés. Nous avons fait le choix d'individualiser une unité fonctionnelle d'hospitalisation destinée à regrouper l'ensemble de ces patients pour leur permettre de bénéficier le plus possible, de soins spécifiquement adaptés à leur problématique chronique. Un de ses objectifs est de réaliser, dès le temps de l'hospitalisation, un travail de réhabilitation et de préparation du projet de réinsertion. Le projet de soin de cette unité bénéficierait grandement de la possibilité de faire intervenir des éducateurs psycho-sociaux pour l'animation d'activités thérapeutiques à médiation. Celles-ci, sous la direction des mêmes intervenants, pourraient se poursuivre après la sortie. Elles seraient alors des passerelles entre l'hôpital et le projet d'hébergement, et augmenteraient les chances de réussite des premières étapes difficiles de la resocialisation.

Les **missions** de la plate-forme au niveau de l'hospitalisation sont donc :

- De développer au sein de l'unité, des actions éducatives et des programmes d'entraînement aux habilités sociales,
- De participer à la mise en place d'activités thérapeutiques et de supports spécifiques de soin comme les ateliers de créativité, l'expression artistique et corporelle etc...
- De créer des échanges entre l'hôpital et l'extérieur,
- D'accompagner et de faciliter l'insertion des patients au moment de la sortie, grâce à une continuité d'intervenants et de projet.

Les **moyens** déployés à partir de la plate-forme correspondraient à 0,5 ETP d'intervenant socio-éducatif, chargé d'animer au sein de l'unité, des ateliers thérapeutiques individuels ou de groupe, intégrés aux projets de soins.

Dans ce type de partenariat, ces intervenants participeraient, comme tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire, à l'élaboration des projets de soin individualisés qui resteraient garantis, au même titre que la permanence des soins, par l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin référent de l'unité. Il s'agit d'apporter une valeur ajoutée aux soins déjà réalisés par les équipes, et de s'associer à elles non pas en subsidiarité mais en complémentarité.

Le niveau des structures d'accueil et d'hébergement social

Parmi les nombreuses structures d'accueil et d'hébergement social implantées sur notre secteur, qu'il s'agisse des Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), des foyers d'hébergement ou des résidences sociales de type Sonacotra, la plupart sont amenées à héberger des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Dans ces cas-là, c'est la situation sociale qui est à l'origine du mode d'hébergement, et les problèmes d'ordre psychiatriques sont le plus souvent mis en évidence secondairement. Ces situations relèvent alors du dispositif de soins psychiatriques aux personnes en situation de précarité (cf.chap.6)

Les besoins seront beaucoup plus importants pour les structures qui affichent une orientation psychiatrique. Les « maisons relais » et les « pensions de famille » rentrent dans cette catégorie lorsqu'elles sont présentées comme des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie. Même si elles s'inscrivent dans une logique d'habitat durable, et qu'elles se différencient par la présence d'un hôte chargé de l'animation et de la régulation de la vie quotidienne, elles restent des résidences sociales dont l'objectif est l'intégration de la personne grâce à un accompagnement social.

À quel public s'adressent donc ces nouvelles structures ? La circulaire du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais (2), précise qu'elles répondent aux besoins de populations qui se caractérisent par :

- Un isolement social et/ou affectif
- Un faible niveau de ressources
- Une problématique personnelle qui rend difficile leur insertion ou le maintien dans un logement indépendant.

C'est dans cette notion, assez peu précise et restrictive, de « problématique personnelle », que pourraient se retrouver un certain nombre de patients suivis en psychiatrie. À condition, comme le recommande la Fnars (12) , « ...que le degré de handicap...leur permette de participer à une vie collective aux côtés de personnes ayant des problématiques autres et qu'elles aient un certain degré d'autonomie... »

Seraient donc concernés, parmi les patients que nous suivons et qui nécessitent un habitat encadré, ceux dont la pathologie est durablement stable et qui conservent un rapport suffisant à la réalité pour bénéficier du projet social proposé. Et ne pourraient accéder à cette offre d'hébergement, ceux parmi les schizophrènes ou les psychotiques chroniques, qui même en dehors des épisodes cliniques aigus restent très déstructurés, et pour lesquels le projet imposerait trop d'exigences socio-éducatives (13).

Les **missions** de la plate-forme au niveau des résidences sociales relevant de son territoire d'intervention seraient donc :

- D'assurer la continuité des soins pour les résidents souffrant de troubles psychiatriques
- De construire le projet de soin en articulation avec le projet social
- D'établir les liaisons et les relais nécessaires avec les structures de soins susceptibles de prendre en charge certains résidents (unités d'hospitalisation, CATTP...)

Les **modalités** d'interventions doivent être définies sur la base de convention entre la résidence sociale et CHE auquel est rattachée la plate-forme. Il serait également nécessaire que pour chacun des résidents bénéficiant d'un suivi par la plate-forme, un projet de prise en charge conjointe soit écrit, en insistant sur les articulations projet de soin/projet de vie, et sur les objectifs de réhabilitation psychosociale.

Dans ces conditions, la plate-forme assurerait : une présence socio-éducative en journée (pour l'encadrement du quotidien et des activités) et des passages réguliers et programmés d'infirmiers pour les soins journaliers, l'éducation à la santé, l'hygiène, le suivi des traitements, l'évaluation clinique de première ligne, le soutien psychologique des résidents, et la liaison avec les structures de soin des secteurs.

Le niveau de la maison communautaire

Contrairement aux maisons relais constituées autour d'un projet social, la maison communautaire est un mode d'hébergement thérapeutique , constitué autour d'un projet de soin.
--

Il s'agit d'une structure sectorisée de petite capacité (entre 5 et 10 résidents) destinée à l'hébergement et aux soins de patients psychotiques cliniquement stables mais trop déstructurés ou désorganisés pour être capables de vivre sans un accompagnement spécialisé renforcé. Ces patients sont, jusqu'à présent, le plus souvent hospitalisés de façon prolongée. Elle se composerait de logements individuels et d'espaces de vie communautaires, sous la responsabilité d'une association gestionnaire, avec la participation des résidents aux tâches du quotidien (7). Bien que la durée d'hébergement n'y soit pas limitée dans le temps, la maison communautaire n'est pas considérée comme l'habitat définitif du patient. Il s'agit idéalement d'une étape vers un logement moins encadré.

La plate-forme interviendrait alors pour faire de ce lieu d'hébergement un espace de rencontre des projets de soin avec les projets de vie, avec pour **missions** de :

- Fixer le cadre thérapeutique
- Assurer la continuité des soins psychiatriques (traitement, hygiène, réponse aux situations urgentes, prévention etc...),
- Poursuivre le travail de réinsertion psycho-sociale,

- Exploiter les outils institutionnels propres au lieu : l'alternance absence présence, la temporalité, l'opposition dedans/dehors, l'altérité ...

Les **modalités** d'intervention dépendraient du nombre de patients hébergés, mais les principes en seraient :

- Une présence de l'équipe en continue dans la journée,
- Un fonctionnement institutionnel faisant partie du projet de soin
- Une possibilité de recours téléphonique en dehors des horaires habituels de présence des soignants
- Un positionnement du partenaire associatif à l'interface entre le soin et l'insertion sociale

6.4 Les moyens nécessaires

Le montage financier et administratif

La plate-forme fonctionnelle est un dispositif de soin qui intervient en complémentarité des offres d'hébergements encadrés. Elle relève donc du budget ARH. Il pourrait également s'agir de moyens mutualisés dans l'hypothèse par exemple de postes budgétés dans le médico-social et non pourvus.

L'acquisition des biens immobiliers et leur gestion revient au milieu associatif et à la participation d'investisseurs publics ou privés. Car même si ces structures représentent des alternatives à l'hospitalisation, voire des lieux d'hébergement thérapeutique, elles ne sont pas pour autant destinées à devenir des satellites de l'hôpital. Car **elles sont les points d'ancrage de la citoyenneté de nos patients**, qui y sont résidents et non hospitalisés. Le paiement d'un loyer et la participation aux frais du quotidien sont donc à la charge du résident. L'ensemble du montage, tel qu'il est proposé, repose donc en grande partie sur l'implication du milieu associatif, qui est à la fois le ciment de cette architecture complexe, et l'interface entre le malade et la communauté sociale qu'il tente de réinvestir.

Les besoins en personnel

Ils devront être précisément évalués et affinés dans lors de la demande de création de postes dans le cas où ce projet serait retenu comme prioritaire par l'établissement.

4 ETP d'infirmiers

3 ETP d'intervenants socio-éducatifs comprenant l'intervention d'une art-thérapeute en mutualisation de moyens avec un autre secteur

1 TP de psycho-motricienne

1 TP de psychologue

0,5 ETP d'assistante sociale

0,5 ETP PH

7 Création d'une équipe psychiatrique de soin aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion

7.1 Objectifs

- Reconnaître et étudier, pour mieux les prendre en compte, les spécificités de la détresse psycho-sociale en termes de psychopathologie, d'hétérogénéité des manifestations cliniques, de comorbidité et de difficulté d'accès aux soins ;
- Proposer un mode d'intervention psychiatrique au sein des structures sociales ;
- Adapter l'offre de soin sectorielle aux besoins des personnes en situation de précarité, en favorisant leur accès aux soins ;
- Soutenir et former les professionnels au contact de ces personnes en situation sociale précaire.

7.2 Argumentaire

La prise en charge de la souffrance et de la Santé Mentale dans les situations de précarité ou d'exclusion est une priorité du **programme national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale**, relayée au niveau régional par les **PRAPS de première et de seconde génération**. L'un et l'autre insistent sur l'intérêt de tenir compte de la spécificité des populations exposées à la précarité, et surtout sur la nécessité d'une coordination entre les acteurs de la psychiatrie et les autres professionnels concernés, notamment dans le champ social.

Le découpage sectoriel de 1999 a placé le Secteur 67 G 10 au coeur de cette problématique en y rattachant des zones socialement défavorisées de l'agglomération strasbourgeoise, et en particulier **les quartiers du Neuhof, d'Ostwald ou encore du Port du Rhin** très isolé socialement et géographiquement, que chacun reconnaît comme concentrant l'ensemble des difficultés génératrices à l'origine d'une grande précarité.

Sur cette précarité liée à l'histoire de ces quartiers, vient se greffer une **précarité importée**, liée à une concentration importante de structures d'hébergement social. On recense ainsi 4 foyers sociaux et 3 foyers Sonacotra sur les seuls quartiers de Neuhof et du Port du Rhin. Ces structures sont de plus en plus demandeuses d'intervention psychiatriques, et le plus souvent à juste titre. En 2002, les infirmiers du secteur ont réalisé 205 actes auprès de patients hébergés dans les foyers sociaux ou Sonacotra. En 2003, le nombre de ces actes est passé à 565 et a donc plus que doublé, témoignant de l'évolution rapidement croissante des demandes.

Plus récemment, nos équipes ont été confrontées à un nouveau type de **précarité d'origine politique** : les personnes immigrées en demande d'asile politique. Leurs conditions de vie les soumettent à un stress permanent générateur de pathologies de l'adaptation ou de troubles réactionnelles. Mais l'approche clinique et thérapeutique de ces personnes est rendue

difficile par la complexité de leur contexte social intégrant des enjeux médico-légaux, par la nécessaire référence aux spécificités culturelles, et par la barrière linguistique qui nécessite de faire appel à un tiers traducteur pour les entretiens.

7.3 Les actions proposées.

⇒ **7.3.1 Identifier une consultation spécifiquement destinée aux personnes en situation de précarité** et accueillies dans les structures d'accueil situées sur le secteur. Cette consultation permettrait d'évaluer les besoins en soins psychiatriques des personnes concernées, et de leur proposer un projet de soin individualisé qui tienne compte de l'ensemble des facteurs qui menacent leur santé, et rendent difficile l'inscription dans un processus de soin. Parmi ces facteurs, les plus fréquents sont :

- L'association fréquente avec la consommation de substances psychoactives ;
- La grande l'instabilité psycho-sociale et l'incapacité à s'inscrire dans des actions ou des projets à moyen terme ;
- La défaillance des représentations du soin de soi et de l'hygiène, ou l'impossibilité de les respecter compte tenu des conditions de vie
- Les difficultés de déplacement et de respect des horaires...

⇒ **7.3.2 Soutenir et accompagner le projet de soin individualisé grâce à la mise en place d'une équipe mobile d'infirmiers** destinée à suivre le patient sur son lieu d'accueil, et de l'accompagner dans un certain nombre de démarches de santé.

⇒ **7.3.3 Intégrer le projet de soin à un travail en réseau.**

Il ne s'agit pas là de placer le professionnel en santé mentale au centre du dispositif mais de réfléchir aux articulations, aux liens qui peuvent s'établir de façon transversale avec l'ensemble des acteurs d'aide. En veillant à ne pas substituer les compétences des uns à celles des autres, en repérant et en renforçant les rôles de chacun, on peut formuler le souhait qu'une pratique de réseau amène progressivement à un enrichissement réciproque des partenaires, au profit d'une prise en charge globale, cohérente et dynamique.

Pour cela, des temps de rencontres et d'échanges sont nécessaires sous la forme de :

- Réunions de synthèse pluridisciplinaires autour de situations particulières ;
- Possibilité de supervision psychiatrique ou psychologique de situations ;
- Programmation de temps de rencontre et de concertation pour la mise en place de stratégies communes de lutte contre la détresse psychosociale.

Surtout, nous proposons la mise en place, pour chaque structure d'accueil social, **d'infirmiers de liaisons, référents et correspondants** privilégiés entre le secteur et les lieux d'accueil des

situations de précarité. Leur rôle serait de faciliter l'accès aux soins, de proposer un appui psychiatrique pour les intervenants sociaux, et d'aider à la coordination du réseau.

7.4 Les moyens nécessaires estimés

Ils devront être discutés et précisément argumentés dans le cadre du projet d'établissement.

Nous estimons nécessaires, pour cette mission :

2 ETP d'infirmiers

1 ETP d'assistant spécialiste

0,5 ETP de psychologue

8 Pour une approche raisonnée et argumentée de la question des moyens humains

8.1 L'état des lieux des moyens du secteur 67G10

8.1.1 L'attribution des moyens : une problématique d'établissement et qui mérite d'être précisée

L'attribution des moyens du secteur est arbitrée par la direction de l'hôpital qui tient compte des souhaits de la direction des soins et de la direction des ressources humaines, des demandes des différents chefs de service et cadres supérieurs, ainsi que des projets à mettre en œuvre. Il nous paraît important que les critères retenus pour ce difficile arbitrage soient discutés dans le cadre du projet d'établissement afin de savoir dans quelle mesure il sera tenu compte des questions suivantes :

- ⇒ Reconnaît-on la nécessité d'attribuer des moyens ciblés sur des missions spécifiques, ou tendons nous à globaliser les moyens sur l'hôpital pour les répartir secondairement ?
- ⇒ Sera t-il, à terme, tenu compte des besoins de chaque secteur en se donnant les moyens d'une évaluation satisfaisante de l'activité ?
- ⇒ L'établissement est-il en mesure de définir un effectif souhaitable selon les types et les capacités des structures en place ou à venir ?
- ⇒ Comment intégrer, à sa juste valeur, la question de l'intersectorialité et de la mise en commun de moyens ?

8.1.2 Des équipes à la limite de leurs possibilités

Chacun sait que l'hôpital public, destiné à accueillir et à soigner sans restriction toute personne qui le sollicite, n'a pas la maîtrise des flux de demandes qui déterminent son activité. Celle-ci ne cesse d'évoluer quantitativement et qualitativement (cf. tableau x), au fur et à mesure de l'ouverture nécessaire des structures vers la cité, des efforts d'accessibilité, et du glissement de la psychiatrie vers la santé mentale.

En plus de cette augmentation de son activité de base, l'hôpital doit également prendre en compte les importantes et imprévisibles variations de cette activité. Et pour cela, il doit

faire preuve d'une extraordinaire adaptabilité qui dépend fortement des moyens dont il dispose et de la façon dont il les organise. En effet, pour faire face aux surcharges de plus en plus fréquentes de leur activité de base, nos dispositifs de soin devraient intégrer, dans leur fonctionnement et dans leurs effectifs, une **marge d'expansion** qui permettrait d'absorber les pics d'activité ainsi que les événements non planifiables (comme les arrêts maladies) qui amputent les équipes. Cela est nécessaire pour garantir une qualité des soins la plus constante possible.

Or l'augmentation régulière de l'activité, conjuguée à celle des exigences légitimes des usagers, a progressivement réduit cette marge. Tant et si bien qu'actuellement, les effectifs étant calculés au plus juste, les équipes ont l'impression de fonctionner le plus souvent à la limite de leurs capacités, et se trouvent en grande difficulté lorsque les imprévus viennent mettre à l'épreuve cet équilibre de plus en plus fragile entre les besoins et les moyens.

Quant aux **moyens médicaux**, il faut rappeler que le dispositif de soin, tel qu'il est pensé actuellement, repose beaucoup sur les présences et les décisions médicales. Même si nous souhaitons que le rôle propre des infirmiers s'affirme le plus possible, une majorité d'actions de soins convergent encore vers le médecin et le place au centre du dispositif. La composition de notre équipe médicale détermine donc significativement l'activité du secteur. C'est pourquoi, nous souhaitons que nos éventuelles demandes de postes médicaux soient éclairées par les éléments d'information suivants :

- Nous nous engageons, autant que possible, à sénioriser toutes nos unités intra et extra-hospitalières ;
- Nous n'avons pas obtenu de temps médical supplémentaire en compensation des RTT ;
- Aucun praticien hospitalier du secteur, ne fait valoir, au titre son droit statutaire, la réalisation de journées d'intérêt général.

8.1.3 La tendance au glissement de tâches et aux activités annexes du soin

Alors que l'évolution de la qualité des soins exigerait que les professionnels que nous sommes se recentrent sur les actions de soin correspondant à leurs compétences et à leurs rôles respectifs, les équipes et leur encadrement regrettent les trop nombreux glissements de tâches qui estompent la différenciation des professions et déprécient, à la longue, leurs compétences.

Il s'ajoute à cela une somme de tâches annexes aux soins, qui se sont rajoutées aux fonctions de chacun. On évoquera là le temps passé à saisir ou valider les actes, ou encore la substitution des supports papier au profit du chronophage outil informatique. Et à notre connaissance, à part la création de postes d'hôtelières pour soulager le travail infirmier, aucun temps supplémentaire n'a été attribué pour que ces tâches, dont il ne nous appartient pas de juger la légitimité ou l'intérêt, ne s'exécutent pas aux dépens du temps consacré au soin.

8.1.4 L'engagement du secteur pour une optimisation des moyens

L'optimisation des moyens qui nous sont attribués sur le secteur est un fil conducteur de notre démarche collective. Elle s'appuie sur les points suivants du projet de service :

- La définition des tâches et des rôles de chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire (cf. 5.3.4) ;
- Les efforts de réorganisation qui visent à gagner en temps et en efficacité opérationnelle (cf.5.3.1) ;
- La proposition de plate-forme fonctionnelle qui permet une mutualisation des moyens sur plusieurs unités ou dispositifs de soin (cf 6.3) ;
- L'engagement d'une évaluation mettant en perspective les moyens, les objectifs et les résultats (cf. 9).

Par contre, nous excluons d'avoir recours, comme cela c'est fait dans un passé proche avec la fermeture du SAS, à des méthodes de « délestage » qui consistent, pour des raisons de répartition des effectifs, à supprimer un outil de soin, sans avoir au préalable estimé l'impact sur la qualité et l'offre de soin, et le cas échéant, réfléchi aux moyens de le remplacer.

8.1.5 Une démarche de qualité et de changement à moyens constants ?

Dès le début de notre démarche de projet de service, la position de la direction des soins et de celle des ressources humaines étaient clairement exprimées : aucun moyen supplémentaires ne seraient attribués au secteur. Le projet devait donc être lancé à moyens constant.

Malgré cela, les équipes ont tout de même accepté de relever le défi et il convient de reconnaître toute l'énergie qui est engagée dans une telle avancée de nos pratiques.

Quel que soit ce « cahier des charges » très contraignant au départ, les évaluations régulières de notre projet devront également être des étapes au cours desquelles se discuteront les questions de moyens permettant de soutenir et de pérenniser les éventuelles améliorations obtenues.

8.2 Les moyens supplémentaires estimés

En dehors des éventuels rééquilibrages internes à l'établissement, et sous réserve que l'activité de base du secteur n'évolue pas sensiblement, et que les congés prolongés puissent être remplacés, nous demandons la création de moyens supplémentaires pour nos projets de plate-forme de réinsertion et de prise en charge des personnes en situation de précarité.

Ces demandes devront être étudiées en projet d'établissement, avant d'être soumises, le cas échéant, aux instances décisionnelles régionales.

Le récapitulatif global de nos estimations de postes à créer pour nos projets est donc le suivant :

4+2 ETP = 6 ETP d'infirmiers

3 ETP d'intervenants socio-éducatifs comprenant l'intervention d'une art-thérapeute en mutualisation de moyens avec un autre secteur

1 TP de psycho-motricienne

1 + 0,5 ETP = 1,5 ETP de psychologue

0,5 ETP d'assistante sociale

0,5 ETP PH

1 ETP d'assistant spécialiste

9 Évaluation et suivi du projet

Notre projet est destiné à nous accompagner dans une dynamique de changement et d'amélioration de la qualité des soins et des conditions de notre travail. Il ne se déroule pas par étapes successives planifiées, mais sur un continuum déroulé au rythme lent des différents projets, eux-mêmes guidés par des objectifs que nous avons pris soin de définir.

Tel que nous l'avons défini, le projet est donc un outil vivant et adaptatif, qui a besoin d'être alimenté par le dynamisme de ceux qui le mettent en œuvre, et par la réflexion et la créativité de ceux qui le pensent. C'est aussi un outil ouvert sur les progrès de la psychiatrie et qui nécessite de se réactualiser, de se déformer et se reformer aussi souvent que nécessaire.

Pour toutes ces raisons, il est important de mettre en place un dispositif d'évaluation continu qui permettra soit de valider les orientations prises, soit de les réajuster au fur et à mesure. Mais surtout, il convient de rendre possible l'émergence de nouvelles orientations ou propositions, en continuité de celles qui constituent actuellement le corps du projet.

9.1 Mise en place d'un comité de veille et de suivi du projet de service

Il s'agit d'une instance de professionnels du secteur dont la mission comprend deux aspect :

- ⇒ Un aspect **d'évaluation et de suivi**, qui consiste à établir la méthode d'évaluation et à analyser les données issues de cette évaluation ;
- ⇒ Un aspect de **réflexion et de collecte des éléments nouveaux nécessaires à cette réflexion** : formations, littérature spécialisée, boîte à idées...

Sa composition devrait être représentative de la pluridisciplinarité des équipes et il paraîtrait logique qu'elle corresponde au comité de pilotage initial du projet.

Il devrait se réunir au moins une fois par an, et autant que de besoin.

Chaque année, il établira un rapport intégré au rapport annuel de service et présenté en conseil de service.

Il pourra solliciter l'aide technique du service qualité de l'hôpital.

9.2 Indicateurs de suivi des objectifs développés dans le projet de service

Chacun de nos objectifs est identifié de façon précise et fera l'objet, de la part du comité de suivi, d'une évaluation pour apprécier son état d'avancée.

Il serait également souhaitable de mettre en place un système d'évaluation de l'impact de notre projet sur la qualité des soins. Il conviendrait pour cela de distinguer :

- Une évaluation concernant le patient, grâce au questionnaire de satisfaction et aux outils standardisés d'évaluation de l'état clinique.
- Une évaluation concernant les soignants qui auto-évalueraient la qualité et les conditions de leur travail
- Une évaluation centrée sur nos partenaires sous la forme d'enquêtes
- Une évaluation faite par les familles et l'entourage