

SOMMAIRE

PARTIE 1 / LES PRE REQUIS POUR L'ELABORATION D'UN PRE PROGRAMME EN PSYCHIATRIE.....	4
1/ Une opération d'investissement considérée comme la réalisation du projet d'établissement.	4
2/ Un « groupe projet » constitué de professionnels chargés de décliner les projets.....	5
3/ Le patient est placé au cœur des réflexions.....	6
PARTIE 2 : UNE EVOLUTION DES SOINS, DES DROITS DES PATIENTS A RENFORCER.....	8
1/ En intra hospitalier en psychiatrie adulte.....	8
2/ Les spécificités et l'évolution de l'hospitalisation des adolescents	10
3/ L'évolution de la réponse à l'urgence psychiatrique	11
4/ Les réponses ambulatoires	12
PARTIE 3 : LES ESPACES CRITIQUES PAR TYPE DE STRUCTURE	13
1/ Pour l'hospitalisation en psychiatrie générale.....	13
1-1 L'espace urbain et de voisinage	13
1-2 L'espace privé du logement	13
1-3 La spécificité des chambres d'isolement	14
1-4 Les espaces de soins.....	15
1-5 L'espace administratif et logistique	16
1-6 L'espace d'accueil et de distribution.....	16
1-7 L'espace de vie collective	17
1-8 L'espace de service aux usagers.....	17
1-9 L'espace de restauration	17
1-10 L'espace de vie collective pour les soignants.....	19
2/ L'hospitalisation en géronto psychiatrie.....	20
3/ Les unités pour patients hospitalisés pour une période longue.....	21
4/ Les spécificités de l'hospitalisation des adolescents	22
5/ L'ambulatoire.....	24
5-1 Les CMP adultes	24
5-2 Le cas particulier des CMP pluri sectoriels.....	26
5-3 Le cas particulier des CMP pluri sectoriels enfants / adultes : risques et opportunités :	26
5-4 Le cas particulier des CMP pour enfants	26
6/ Les urgences psychiatriques.....	28
PARTIE 4 : DU PRE PROGRAMME A LA VIE DE L'OUVRAGE	30
La phase 1 : démarche de programmation	30
La phase 2 : La phase études.....	32
La phase 3 : La phase travaux	33
La phase 4 : La vie de l'ouvrage	33

Introduction

Ce guide vise à présenter nos réflexions à partir des expériences recueillies auprès de différents professionnels engagés dans des opérations d'investissement.

D'excellents ouvrages ¹ ont abordé les liens entre architecture et psychiatrie qui témoignent de l'importance de la prise en compte du soin en psychiatrie pour réaliser un bâtiment à la hauteur des attentes des patients, de leurs familles et des soignants.

Rappeler les propos tenus par le docteur Falret ² en 1884 « la construction d'un asile d'aliénés doit être moins l'œuvre d'un architecte que la réalisation des principes de la médecine mentale », c'est rappeler que depuis longtemps ... l'élaboration d'un projet médical est un préalable incontournable au lancement des opérations de travaux.

Il n'y a probablement pas d'architecture spécifiquement psychiatrique, pour autant, on ne peut ignorer que les choix architecturaux ont très certainement un impact thérapeutique dans le sens où l'espace et la qualité de l'environnement créé influent sur le patient. Dans un excellent article, Jean Charles Pascal ³ a rappelé notamment les principes défendus par Pinel proposant une répartition spatiale des malades en fonction de leur pathologie contredit par Esquirol, promoteur d'une différenciation par le comportement.

Le partage des expériences entre architecture et psychiatrie a depuis longtemps nourri des projets riches et divers qui traduisent la place accordée, à une période donnée aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Ce programme d'investissements d'envergure va probablement ouvrir de nouveaux espaces de discussions, d'affrontements et de création.

Les opérations d'investissement d'un hôpital ou d'unités, qu'elles soient hospitalières ou de consultations, sont le fruit d'un compromis entre les contraintes financières et économiques qui influent sur le choix des terrains des types de construction, les contraintes posées par l'environnement du site d'implantation, les tendances architecturales et surtout les spécificités du soin et des prises en charge.

Veiller à adapter les locaux aux projets médical et soignant, aux besoins du patient à tous les stades de la prise en charge, à adapter les volumes, leur agencement, les circulations en fonction des pratiques de soins, des demandes, des besoins connus des patients et de leur famille, telle est la mission des soignants et médecins dans ces projets.

En amont des appels d'offre qui seront lancés, les programmations sont plus ou moins avancées. Le contenu et les méthodes d'élaboration d'un programme restent très libres, et peu de références existent en dehors de celle de la pratique du plus grand nombre, et encore, celle-ci n'est pas toujours formalisée.

¹ et notamment Architecture et psychiatrie / sous la dir. de Viviane Kovess-Masfêty ... [et al.]. - Paris : Ed. Le Moniteur, 2004. - 198 p.

² D Falret, *des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris Baillière

³ Jean Charles Pascal, architecture et théorie des soins en psychiatrie, in « Architecture et psychiatrie / sous la dir. de Viviane Kovess-Masfêty ... [et al.]. - Paris : Ed. Le Moniteur, 2004. »

A la demande de nombreux intervenants dans le domaine des investissements, la circulaire DHOS/E4/2006/422 du 20 septembre 2006 a précisé en annexe les contenus du plan directeur et du pré-programme (sur la base de recommandations déjà publiées dans un guide de la programmation des bâtiments publics – rédiger le pré-programme et le programme – DUGHG – 1998).

Si la définition du projet médical permet de décrire dans le pré programme les enjeux du projet, celui-ci doit aussi décrire les besoins des patients (âge, DMS, caractéristiques du comportements à l'égard de lui-même et d'autrui, degré de mobilité et d'autonomie...), les moyens affectés à la structure, la dimension, son fonctionnement, les personnels intervenants, pour une mise en musique par d'autres hommes de l'art : le programmiste, puis l'architecte.

La MNASM s'est appuyée également sur les travaux du CERTU (Le centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques) chargé notamment de conduire des études d'expertises, d'expérimentation et d'innovation technologique, et qui a élaboré une « base de données sur l'usage des équipements publics pour des constructions adaptées et durables ».



Ce guide s'adresse à toute équipe impliquée dans une opération de travaux dans une structure hospitalière ambulatoire ou d'hospitalisation à temps partiel ou complet.

Conçu pour aider la réflexion des professionnels et les accompagner dans la réalisation du plan de santé mentale, ce guide propose une méthodologie d'élaboration d'un pré programme. Il n'a pas de valeur exhaustive ou normative, et méritera d'être enrichi de nouvelles contributions.

PARTIE 1 / LES PRE REQUIS POUR L'ELABORATION D'UN PRE PROGRAMME EN PSYCHIATRIE

1/ Une opération d'investissement considérée comme la réalisation du projet d'établissement.

Depuis la loi de juillet 1991 portant réforme hospitalière, chaque établissement élabore un projet d'établissement qui définit dans son projet médical les prises en charge et les orientations retenues dans le développement de l'activité.

Ce projet s'inscrit dans le cadre des orientations du Schéma Régional d'Organisation des Soins et plus particulièrement en cohérence avec le projet médical de territoire.



Les opérations d'investissement sont des éléments de réalisation de ces projets.

Le mot **Projet** est associé à l'idée de regarder en avant, de se projeter....

C'est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est le produit d'une dynamique mettant en œuvre des moyens (humains, matériels ou services) pour atteindre un objectif dans des délais fixés.

Dans le cadre du projet d'établissement, qui définit son activité, ses moyens et son image, le projet médical et le projet soignant sont les deux socles sur lesquels les réflexions du pré programme doivent être engagées.

C'est le **projet médical** qui fixe les modalités de prise en charge et les ressources affectées et le **projet soignant** qui précise les organisations attendues

Si l'existence d'un projet médical et soignant est un préalable, il est important de savoir réfléchir à leur adaptation au fur et à mesure de l'élaboration du programme et profiter de l'opportunité ainsi créée de faire évoluer les organisations de travail.

2/ Un « groupe projet » constitué de professionnels chargés de décliner les projets.

Un groupe de travail appelé le plus souvent « **groupe projet** » doit être constitué pour réfléchir au pré programme et au programme. Il est pluri professionnel représentatif des équipes amenées à travailler dans la structure concernée. Dans le cas d'une structure intersectorielle, ce sont chacun des secteurs concernés qui doivent être représentés. Pour travailler ensemble il faut avoir rêvé et pensé ensemble au préalable. Dans l'hypothèse où les acteurs de la structure concernée par le projet, ne sont pas encore connus au moment du pré-programme, il est impératif d'associer des représentants de la communauté médicale et de la communauté soignante, ainsi que des représentants administratifs de l'établissement.

Le « groupe projet » doit pouvoir faire appel à des **personnes ressources** de l'hôpital ou extérieures à l'hôpital : infirmière hygiéniste, service technique assurant la maintenance des installations et des bâtiments, service de la lingerie, de la restauration, représentant des usagers et des familles etc....*Il sera structuré et ne dépassera pas une douzaine de personnes.*

Même si les acteurs sont nombreux et aux intérêts parfois divergents, les travaux d'élaboration du pré programme doivent être limités dans le temps.

Les phases de définition de l'ouvrage – programme, concours, conception, conduisent à une rupture dans le cheminement de la pensée par un passage de relais écrit entre deux acteurs : d'une part le **programmiste**, à qui incombe de susciter un réel dialogue sur les besoins et les fonctions des ouvrages et d'en faire une formalisation écrite, d'autre part **le concepteur** qui, à partir de cet écrit, est chargé de mettre en œuvre les moyens de satisfaire les besoins des utilisateurs.

Le groupe doit pouvoir bénéficier de la « guidance », de l'aide d'un programmiste, qui aide à accoucher d'idées opérationnelles en terme d'organisations fonctionnelles et spatiales.

3/ Le patient est placé au cœur des réflexions

Un certain nombre de principes fondamentaux guident et encadrent les prises en charge.

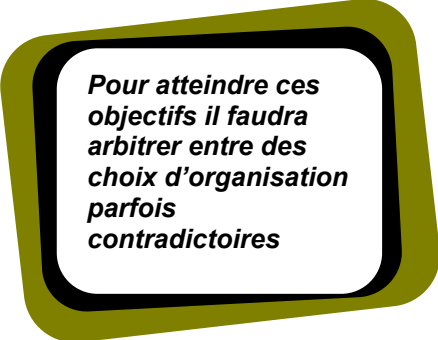
Dans les différentes structures hospitalières ou ambulatoires, les équipes vont devoir opérer des choix d'organisation, donc de surface.

Pour les arbitrer, il est recommandé de se référer aux **objectifs fondamentaux déclinés pour la structure en fonction de ses projets, des populations accueillies, de l'environnement, de son « intention d'usage » (CERTU).**

Ce sont les arbitrages entre ces choix (qui peuvent être contradictoires) qui permettront au groupe projet de déterminer les éléments essentiels du pré programme, de convenir des priorités auxquelles les équipes tiennent absolument, afin que les réductions de crédits ou de surface portent, le moment venu, sur d'autres aspects du projet que ces " postulats de base".

Cette réflexion préalable sur les principes de prise en charge de la population accueillie est conduite en équipe pour renforcer ou favoriser l'harmonie entre les secteurs concernés par le projet. Elle vise à dégager les objectifs prioritaires que ce projet permet de concrétiser.

Elle peut être accompagnée de visites de services ou établissements de construction récente afin d'en peser les avantages et inconvénients respectifs, et surtout de donner corps à leur futur projet.



Pour atteindre ces objectifs il faudra arbitrer entre des choix d'organisation parfois contradictoires

Elle facilite les arbitrages sur les questions qui se posent usuellement aux équipes.

Nous souhaitons donner ici un aperçu de ce que peuvent être les objectifs retenus dans un service ou une unité et les questions d'organisation qu'ils soulèvent et que chaque groupe de professionnels, en fonction de son projet, devra arbitrer.

LES OBJECTIFS FONDAMENTAUX	EXEMPLES DE CHOIX D'ORGANISATION / LES APPROCHES OPPOSEES <i>A discuter en fonction de « l'intention d'usage » de la structure</i>
respecter l'autonomie du patient	<i>Vie privative favorisée ou restreinte ?</i> <i>Existence ou non de lieux de réapprentissage d'actes de la vie quotidienne ?</i> <i>Vie collective choisie ou contrainte ?(distinction des lieux de sommeil/lieux de vie)</i>
Favoriser la liberté de circulation dans l'unité	<i>Liberté ou contrôle et surveillance ?</i> <i>Création ou non d'espaces modulables ou, sécurisés ?</i>
Respecter la vie privée et l'intimité du patient	<i>Chambre individuelle « fermable », taille de la chambre ?</i>
Assurer la sécurité de chaque patient	<i>Modularité des espaces sécurisés ou ouverture totale de l'unité / fermeture à clé des chambres ou non ?</i>
Assurer la sécurité du personnel	<i>Espace d'intervention autour du lit, équipement ou non d'alertes. Emplacement du poste infirmier/chambres.</i>
Favoriser la sociabilité	<i>Zone de sommeil/ zone d'activité ? Vie privative favorisée ou restreinte ?</i>
Favoriser la communication entre les patients	<i>Existence ou non d'espaces de rencontres ?</i>
Favoriser la communication entre tous les professionnels intervenant dans la structure et avec les patients	<i>Poste infirmier et bureaux de consultation au centre ou aux extrémités de l'unité ?</i>
Assurer le confort hôtelier des patients	<i>Taille des chambres équipement mobilier et sanitaires complet ou partagé ? accès aux prestations presse cafétéria, laverie ?</i>
Favoriser l'accueil des familles et des amis	<i>Liens familiaux favorisés ou restreints ?</i>

En l'absence de ce travail préalable, les équipes pourraient se voir imposer des formules d'unités de soins normalisées qui ne seraient pas au diapason de leurs désirs et de leur projet de changement.

Pour favoriser cette réflexion, il nous a paru utile de rappeler les grandes évolutions qui ont marqué les soins en psychiatrie et les populations concernées. **(Partie 2)**

Notre groupe de travail a aussi dégagé, par grand type de structures, des points de vigilance particuliers, ou des questionnements qui lui sont apparus les plus récurrents dans les opérations de travaux connues. **(Partie 3)**

PARTIE 2 : UNE EVOLUTION DES SOINS, DES DROITS DES PATIENTS A RENFORCER

1/ En intra hospitalier en psychiatrie adulte

Si les locaux d'hospitalisation doivent répondre aux nécessités de soigner, surveiller, contenir, observer et contrôler, de soutenir un projet de soins extra muros, qui constituent les fonctions principales de l'hospitalisation en psychiatrie, il faut souligner les évolutions qui ont marqué le fonctionnement des services, les soins apportés aux patients et les caractéristiques des populations suivies.



Même si la prévalence des problèmes psychiatriques a enregistré peu de changements au cours des dernières années, la population adulte a cependant évolué :

Ces vingt dernières années, **la population accueillie a rajeuni** à la faveur de prises en charge dans d'autres structures des personnes les plus âgées. La présence de plus en plus importante de jeunes adultes impose la création d'espaces de rencontres, dans lesquels bouger, faire du sport, s'occuper librement est important.

Cependant, la moyenne d'âge des patients hospitalisés va probablement connaître de nouvelles évolutions en raison du vieillissement de la population générale et des difficultés d'accès à des structures de prises en charge des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques.

Les problèmes d'alcoolisme ont diminué mais la prise de toxiques a augmenté de façon considérable.

La proportion des hospitalisations **sans consentement** a augmenté. Avec la diminution notable de la durée d'hospitalisation, le « turn over » des patients s'est globalement accéléré. Et même si la proportion de patients hospitalisés au long cours reste importante (de 25 à plus de 30% de la population hospitalisée), on note simultanément un recentrage important des prises en charge sur l'aspect aigu des pathologies.

Le nombre de lits et donc d'unités par secteur a baissé et, là où cette diminution ne s'est pas accompagnée de la création de structures intersectorielles pour des prises en charge spécifiques, cela a renforcé **l'hétérogénéité des populations accueillies** au sein d'une même unité.

Ses caractéristiques ont augmenté le niveau **d'agressivité** dans les services, tandis que dans le même temps le seuil de tolérance vis-à-vis de la violence a diminué du fait, entre autre, de l'accroissement de la **féménisation du personnel infirmier**, de la **diminution des effectifs** y compris des temps médicaux.

Une **diversification fonctionnelle** accrue de l'hospitalisation est à prévoir : l'hospitalisation polyvalente ouverte sera de plus en plus diversifiée pour des patients adhérents aux soins, tandis que des unités plus petites « fermables » (modulables ?), pourront accueillir, dans un cadre sécurisé, les patients nécessitant des soins intensifs en phase aiguë, par exemple.

La promotion des **démarches qualité** et du **droit des patients** a profondément modifié les espaces de vie dans les lieux d'hospitalisation.

Le respect de la vie intime, les standards de confort, privilégient la création de **chambres seules** dont la fermeture est maîtrisée par le patient et contrôlée par le personnel soignant, doté d'un espace sanitaire et douche complet, de placards fermables. L'évolution prévisible de ces tendances a déjà poussé de nombreuses équipes à, créer, au sein des unités, **des espaces de convivialité** pour les patients, favorisant également les interactions avec les espaces de travail des soignants, voire des médecins.

Pour certains patients, l'accès aux sanitaires et douches doit pouvoir être limité temporairement, ou séparé l'un de l'autre dans une ou deux chambres de l'unité.

Pour être effective, l'ouverture des unités d'hospitalisation dans le cadre du respect de la liberté d'aller et venir s'est souvent accompagnée de la sécurisation et de la fermeture d'un espace isolé au sein de l'unité.

Le rapprochement de l'implantation des lits d'hospitalisation dans les zones urbaines a rendu indispensable la création **d'espaces extérieurs sécurisés** (jardins intérieurs, patio...).

Pour les patients hospitalisés pour des périodes plus longues, le maintien et la diversification de lieux de vie sont importants.

Pour tous les patients, les accès aux services et **prestations extérieures** (point presse, café, téléphone, etc.) sont devenus des **droits et ont été dissociés des prises en charge**, modifiant ainsi par exemple les anciens espaces de « cafétéria ».

La **place des familles** a été renforcée et leur accueil au sein des unités d'hospitalisation a imposé la création d'espaces de vie accessibles aux patients et à leur famille d'une part, mais aussi à la dimension et à l'équipement des chambres.

Les prises en charge et les espaces dévolus au personnel ont évolué en raison de la suppression du cadre unique qui s'est accompagné d'une diversification des métiers intervenants dans la prise en charge des patients, et de la protocolisation du travail infirmier. Durant la même période, la diminution du nombre de médecins s'est poursuivie.

Ces changements ont modifié les espaces de travail infirmier et ont augmenté le besoin de **salles de réunions** et de travail pluridisciplinaire. La recherche de convivialité entre soignants et médecins et entre eux et les patients, a conduit la plupart des équipes engagées dans des nouveaux projets à favoriser le rapprochement des bureaux des lieux de soins et à créer des espaces modulables pour les interventions spécifiques et le **travail en commun**.

2/ Les spécificités et l'évolution de l'hospitalisation des adolescents

L'O.M.S. définit comme adolescent tout individu de 10 à 19 ans. Cette définition est basée sur le fait que pendant cette période l'organisme est en pleine croissance avec des modifications endocriniennes, psychiques et sociales majeures.

Une circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988) précise : "s'il est difficile de définir l'adolescence en terme chronologique, en pratique doivent être considérés comme adolescents les patients âgés de 13 à 19 ans, étant entendu que les limites d'âge ne sauraient être strictes et doivent être adaptées en fonction de variables individuelles"

Elle prévoyait la création d'unités spécifiques d'hospitalisations pour adolescent.

En 2002, selon le rapport de la DRESS, on dénombrait 2 107 lits de psychiatrie infanto-juvénile dont 1 733 sectorisés (y compris les dispositifs intersectoriels formalisés), et 374 non sectorisés.

Quelques unités ont été implantées dans les hôpitaux généraux notamment au sein de services de pédiatrie, ou complètement indépendantes avec des locaux spécifiques. Ces unités collaborent étroitement avec des médecins de plusieurs disciplines en particulier pédiatres, pédo-psychiatres et gynécologues, tabacologues etc. De par leur implantation proche des SAU, elles ont une activité de **court séjour aigu** dédiées aux pathologies mixtes (somatiques et psychiques) et aux troubles internalisés. Les troubles du comportement y sont souvent mal tolérés.

D'autres unités ont été implantées dans des hôpitaux spécialisés liées à des secteurs de psychiatrie générale ou de pédopsychiatrie. Les prises en charge dans ces unités sont plus souvent inscrites dans l'urgence différée, voire l'hospitalisation programmée. Les DMS sont plus longues. Ces unités reçoivent à la fois des pathologies de l'adolescence plus souvent à versant externalisé et des adolescents souffrants de pathologies infantiles en état de crise. Pour les troubles psychotiques déficitaires, les hospitalisations longues ne sont plus de mise, et les hébergements sont assurés par le secteur médico social ou des accueils familiaux thérapeutiques parfois en lien avec des hospitalisations séquentielles de répit ou de rupture.

Selon le rapport « Stroh » « la prise en charge des adolescents en hospitalisation requiert une spécialisation et une forte implication des équipes ainsi qu'un renforcement de leurs moyens » « il faut plus de personnel pour s'occuper de jeunes en pleine énergie et activité pulsionnelle à un moment de leurs troubles où tout peut encore basculer selon l'intensité et l'efficacité du traitement »

Certaines pathologies sont en pleine expansion. Le **suicide** est la deuxième cause de mortalité, **les conduites à risque** augmentent, les violences aussi (un adolescent sur cinq a déjà tenté de se scarifier, ou de se faire mal d'une manière ou d'une autre). Le mal être généralisé, les phobies scolaires, les troubles des conduites alimentaires sont de plus en plus fréquents et touchent des adolescents de plus en plus jeunes.

La circulaire de 88 a également rappelé la nécessité de permettre aux adolescents hospitalisés de poursuivre leur scolarité. Ceci est plus facilement réalisable dans les services de pédiatrie où en général, une école est implantée. Cette possibilité est plus difficile à mettre en œuvre dans les unités liées aux services de pédopsychiatrie dans lesquelles les adolescents restent plus longtemps mais où l'Education Nationale a rarement détaché un poste d'enseignant.

3/ L'évolution de la réponse à l'urgence psychiatrique

Les urgences psychiatriques comprennent classiquement les urgences **mixtes somato-psychiatriques**, les décompensations aiguës de pathologies mentales connues ou inaugurales, et les **crises médico-psycho-socio-familiales**. Leur évolution est qualitative et quantitative. Elle a entraîné et entraînera encore un certain nombre de changements architecturaux.

L'évolution quantitative est proportionnelle à l'augmentation des files actives en psychiatrie, sous l'influence de facteurs sociétaux et organisationnels (déficit de réponse des MG et des CMP), qui font converger les demandes non programmées et urgentes aux urgences des hôpitaux. L'ampleur acquise ces dernières années ne s'est pas traduit nécessairement par une implantation immobilière et humaine à la hauteur des besoins (nombre de bureaux, confidentialité, sécurisation, ressources humaines).

L'évolution qualitative pose trois problèmes, avec des dilemmes distincts qui concernent :

A) **Le lieu d'implantation** : les trois types d'urgences psychiatriques requièrent une compétence somatique, de la même façon que les urgences somatiques requièrent la disponibilité d'une compétence psychiatrique. D'où une implantation souhaitable à l'hôpital général, au sein ou dans une forte proximité avec le plateau technique des urgences.

B) **La politique menée** : la contractualisation claire des attentes et des réponses réciproques entre somatique et psychiatrie. La définition d'une politique des urgences psychiatriques : soit celle du traitement bref et orientation en quelques heures ou moins, patients connus de la psychiatrie orientés vers l'hôpital psychiatrique, ou la possibilité d'un accueil et d'un travail de crise (patient et environnement) dépassant quelques heures, voire plus de 48 heures, pour un traitement intensif et une évaluation plus poussée évitant le tout ou rien entre hospitalisation et sortie. Les patients « plus chauds », posant plus de problèmes somatiques et de sécurisation (locaux, organisation et ressources humaines).

C) **Les adolescents de plus de 16 ans** : si la politique des urgences pédopsychiatriques s'articule avec les réseaux pédiatriques, en général il est reconnu la nécessité d'offrir une réponse dédiée pour les adolescents. Selon les flux, les ressources et les organisations, elle sera intégrée au dispositif des urgences psychiatriques des adultes, ou fera l'objet d'une réponse distincte mais attenante à ce dernier.

D) **Les enfants** : la plupart du temps les urgences d'enfants et de jeunes adolescents suivent la filière des urgences de pédiatrie jusqu'à un âge encore assez variable le plus souvent 15 ans 3 mois ou 16 ans bien que la plupart des textes actuels incitent à la poursuite du soin pédiatrique jusqu'à 18 ans. Ces urgences, même si le trouble prévalent est manifestement d'ordre psychologique, justifient toujours de la double compétence pédiatrique et pédopsychiatrique. Dans ces unités d'accueil d'urgences pédiatriques le travail y est essentiellement centré sur une évaluation de la crise avec la recherche d'une orientation ce qui demande du temps. Il conviendra donc d'insister sur la possibilité de disposer d'un espace dédié.

4/ Les réponses ambulatoires

En psychiatrie générale, la demande a beaucoup augmenté (62% d'augmentation des files actives entre 1989 et 2000 (DREES 2004). En moyenne 50% des patients vus dans l'année sont des primo arrivants.

La nécessité de répondre plus souvent à des demandes non programmées voire urgentes a modifié les organisations de travail au profit d'un travail sur l'accueil et l'orientation plus important que par le passé. Face à l'**augmentation des pathologies anxio-dépressives** et des **crises médico-psycho-socio-familiales**, les intervenants se sont diversifiés, et la famille et les partenaires sont plus présents dans les soins.

La part des patients psychotiques chroniques a relativement diminué à cause de l'augmentation générale des files actives. Mieux suivis, ils sont moins hospitalisés, mais il subsiste dans chaque secteur des patients difficiles, consommateurs de toxiques, à l'accompagnement social insuffisant voire inexistant, dont la prise en charge en ambulatoire requiert toutes les compétences d'une équipe pluridisciplinaire.

Ces évolutions ont renforcé le besoin d'une meilleure lisibilité du dispositif tant à l'égard des usagers que des partenaires médicaux, médico-sociaux ou sociaux dans les zones urbaines, liées aux découpages sectoriels et à la redondance de certaines structures, a poussé certains secteurs à regrouper dans un même bâtiment en ville leurs différents CMP et/ou CATTP. **Le CMP est un lieu d'accueil immédiat, c'est un lieu de consultations** mais aussi de rencontres où s'effectue une grande partie du travail de liaison et de réseau.

En psychiatrie infanto-juvénile, la demande a également beaucoup augmenté (de 100% entre 1989 et 2000, DREES 2004), produisant les mêmes effets qu'en psychiatrie générale en terme d'implantation, d'organisation, d'accueil. La clientèle s'est élargie aux deux extrémités de l'enfance et ne se concentre plus seulement sur l'enfant d'âge scolaire, même si ce dernier continue de représenter la majorité des demandes.

PARTIE 3 : LES ESPACES CRITIQUES PAR TYPE DE STRUCTURE

1/ Pour l'hospitalisation en psychiatrie générale

La taille des unités, la dimension idéale pour une unité d'hospitalisation de psychiatrie générale est estimée à 20 lits maximum.

Pour chaque type d'espace, un certain nombre de caractéristiques ou point de vigilance sont commun aux unités d'hospitalisation en psychiatrie.

Plusieurs types d'espaces sont à différencier :

1-1 L'espace urbain et de voisinage

Plusieurs aspects sont à considérer, particulièrement dans le cas de bâtiments insérés dans le milieu urbain :

- Que peuvent voir les patients ? Doivent-ils, veulent-ils être vus ? (incidences sur les fenêtres, les espaces extérieurs ouverts ou non), être vus ?
- Image donnée par l'établissement ou la structure dans le paysage urbain
- Les conditions de desserte (accès par transports en commun, entrée spécifique ou non lorsque l'unité est située à proximité d'un hôpital général)
- L'accès doit-il être sécurisé ou totalement ouvert sur l'extérieur ? De ce point de vue, nous rappellerons les recommandations publiées dans « Techniques Hospitalières » – (mai/juin 2006) de M. William BESSE (commissaire de police, chargé de mission-sécurisation des activités hospitalières, DHOS) qui préconise pour la sécurisation des zones extérieures à l'établissement de matérialiser l'entrée et le périmètre du site hospitalier, de veiller à l'éclairage de l'ensemble du site y compris des bâtiments non utilisés, d'installer le cas échéant des vidéos surveillance – (elle est de plus en plus utilisée dans les structures ambulatoires urbaines) à condition qu'elle fasse l'objet d'une communication active.

1-2 L'espace privé du logement

La chambre et ses aménagements.

Les chambres individuelles sont privilégiées. La chambre doit avoir un caractère accueillant et rassurant. Rien ne doit renforcer l'anxiété du patient (couleur, lumière naturelle).

La sécurité du patient et du personnel intervenant dans la chambre doit être assurée notamment par un accès sécurisé, un espace suffisant, le choix des matériaux et du mobilier.

L'accès des chambres est assuré par un système de fermeture sécurisée de la porte pour le patient mais sans clé et par un passe pour le personnel soignant.

La personne hospitalisée doit pouvoir bénéficier d'un espace de rangement personnel sécurisé.

La chambre doit être équipée sur le plan hôtelier comme toute chambre d'hospitalisation mais les équipements seront, si possible, solidaires de leur support.

La taille de la chambre pourra permettre d'accueillir des visiteurs.

Chaque unité doit pouvoir être équipée d'au moins un lit médicalisé, selon la population accueillie (population âgée, adolescents ...).

Les sanitaires devront être accessibles par une porte non coulissante, le pommeau de la douche devra être intégré à la douche. Les abattants des toilettes et les crochets sont à proscrire, les miroirs devront être incassables. L'arrivée d'eau doit pouvoir être bloquée par l'équipe soignante.

L'insonorisation de la chambre doit faire l'objet d'un traitement particulier.

1-3 La spécificité des chambres d'isolement

Référence : HAS : L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie avec le référentiel des 23 critères.

La chambre d'isolement est un outil thérapeutique spécifique et ne devra jamais être considérée comme un lit supplémentaire installé.

Deux chambres d'isolement par unité temps plein de psychiatrie générale (de 20 lits) sont nécessaires

Elles sont situées à proximité de la salle de soins des infirmiers

Outre la sécurité du personnel soignant, la sécurité du patient, son confort, l'acceptabilité pour sa famille et ses proches doivent servir de guide à l'élaboration des plans, aux choix des équipements et du mobilier.

L'espace d'isolement est composé de trois éléments distincts : la chambre d'isolement, la salle de bain et un sas pouvant être commun aux deux chambres d'isolement.

L'insonorisation de cet espace sera particulièrement soignée.

Il n'y a pas de faux plafond.

Les murs et les portes sont faits de matériaux pleins et très solides

Toutes les vitres sont anti-effraction.

La climatisation est indispensable.

La chambre : elle est accessible de deux côtés : le sas et la salle de bain qui possèdent des oculi sur leur porte permettant des interventions adaptées à la situation observée.

La chambre est suffisamment grande pour permettre l'accès simultané de plusieurs professionnels (6 à 7 personnes)

Il n'y a pas de prise électrique et les luminaires sont inviolables.

La fenêtre ne peut s'ouvrir.

Les câblages pour diffusion de la musique et la vidéosurveillance sont prévus

Le mobilier de la chambre est spécifique. La sécurité et le confort du patient seront recherchés en priorité.

La salle de bain : contiguë à la chambre, elle est accessible par une porte pouvant être fermée avec poignée amovible.

La salle de bain est équipée d'une douche (le pommeau est encastré dans le mur, le robinet est un poussoir encastré au mur), d'un wc suspendu avec chasse d'eau intégrée dans la cloison et d'un lavabo incassable solidement scellé au mur.

Le circuit d'eau de la salle de bain peut être interrompu de l'extérieur de l'espace d'isolement

Le sas : premier lieu de resocialisation après un moment clinique aigu, cet élément du dispositif d'isolement est un lieu pouvant être aménagé pour prendre un repas (matériel spécifique), voire pour pratiquer un entretien.

1-4 Les espaces de soins

Un certain nombre d'espaces sont propres à l'unité, d'autres doivent pouvoir faire l'objet d'une discussion au sein du groupe projet car ils peuvent faire l'objet d'une utilisation partagée dans un lieu différent de l'unité.

Les locaux propres à l'unité sont le poste de soins et les bureaux médicaux, infirmiers, psychologues, paramédicaux.

D'autres espaces de soins peuvent être utilisés avec d'autres unités : comme la médecine somatique, le cas échéant la balnéothérapie, la psychomotricité, l'ergothérapie.

A proximité des chambres d'isolement et des chambres médicalisées, **le poste de soins est composé de trois pièces contiguës** :

La pharmacie : Il n'y a pas non plus de spécificité propre à la psychiatrie, la pharmacie doit être conforme au choix de l'établissement dans son organisation et son matériel.

La salle de soins : Il n'y a pas non plus de spécificité propre à la psychiatrie, la salle de soins doit être conforme au choix de l'établissement dans son organisation et son matériel.

Le poste infirmier, est le lieu privilégié pour rassembler :

- Les matériels de surveillances et d'alarme : appels malades, alarmes incendies, vidéo surveillance.
- Le matériel informatique permettant le lien avec les services informatisés de commandes de service : médico-techniques, techniques et hôtelier (2 postes informatiques sont à prévoir)
- Le poste infirmier est suffisamment spacieux pour permettre des transmissions ou des réunions cliniques en équipe pluridisciplinaire (professionnels de l'équipe et étudiants) prévoir 10 à 12 personnes.

Au total, les espaces de soins devront tenter de concilier la nécessité paradoxale d'avoir une présence soignante au **coeur des unités d'hospitalisation** et, tout autant, d'avoir des espaces disponibles, en périphérie des unités pour tenir des entretiens approfondis avec des patients ou des familles, dans un lieu **protégé des interventions intempestives** et répétées de la part d'autres patients.

1-5 L'espace administratif et logistique

Lorsque les unités d'hospitalisation se situent sur un site distinct du site central, il conviendra de prévoir des espaces administratifs en dehors de l'unité, à proximité de l'accueil.

Ceux-ci concernent la prise en charge des patients et devront pouvoir répondre à des missions telles que :

le dépôt et le retrait des biens et des valeurs des patients hospitalisés
les frais de séjour

la gestion de la Loi de 90 (le livre de la loi)

Par ailleurs, les associations de familles et de patients bénéficieront d'un bureau
un espace dédié aux tutelles, et assistantes sociales doit être prévu.

D'autres locaux doivent être prévus, mais sans particularité propre à la psychiatrie :

- *les archives, le local syndical, vestiaire bagagerie, les conditions offertes pour la surveillance et la sécurité.*

1-6 L'espace d'accueil et de distribution

Le repérage de la structure doit être matérialisé à l'entrée.

L'espace d'accueil est un lieu d'orientation dans l'unité ou le bâtiment.

Des espaces de convivialité et de rencontres, notamment avec les familles au sein et à l'extérieur des unités doivent être prévus. Un salon spécifiquement dédié à la rencontre des enfants et de leur parent hospitalisé, en dehors de l'unité, est nécessaire.

La distribution des unités au sein du bâtiment intégrera, outre les contraintes de sécurité et d'hygiène propres à tous locaux hospitaliers, le caractère ouvert ou fermé des unités ou d'une partie des unités, les visites autorisées ou non dans tout ou partie des locaux d'hospitalisation.

Le traitement de la convivialité et de l'ambiance dans les locaux doit renforcer l'impression accueillante et sécurisante de l'unité d'hospitalisation.

1-7 L'espace de vie collective

Les espaces sont d'autant plus importants que les chambres sont individuelles et possiblement fermées. Outre les espaces de déambulation intérieurs et extérieurs, respectant la sécurité du patient, les unités doivent pouvoir bénéficier d'espaces de rencontres, de lecture, d'activités diverses en fonction essentiellement de l'âge moyen de la population accueillie dans l'unité.

Certains de ces espaces ou la totalité peuvent aussi être communs à d'autres unités.

1-8 L'espace de service aux usagers

Les services aux usagers (cafétéria, presse, ...) sont aujourd'hui déconnectés en général du soin, ils sont confiés soit à des associations soit à des prestataires privés avec lesquels un cahier des charges devra être élaboré.

L'existence d'une salle de sport et d'une salle d'animation est vivement souhaitée.

La question de l'accès Internet doit être discutée au sein de l'équipe, tout comme l'utilisation des téléphones portables.

Un lieu de culte multi confessionnel doit être accessible pour l'ensemble des unités.

La salle fumeur : La salle fumeur n'a plus d'existence légale depuis le 1^{er} février 2007. En dépit de la mission des établissements d'éducation pour la santé, il faut continuer à admettre le tabagisme de certains patients dans un cadre conforme à la réglementation. Il ne peut s'agir que d'un espace extérieur au clos et au couvert du bâtiment, qui doit permettre une surveillance aisée.

Il peut s'agir d'un patio intérieur mais à l'air libre. Un abri pour la pluie est nécessaire. Une pièce faisant effet de sas entre le patio et le service est utile, elle sert en hiver de vestiaire pour les patients qui peuvent revêtir un habit chaud, avant de « sortir » fumer. Cet espace doit être à proximité immédiate des chambres d'isolement.

Ce patio peut aussi servir de salle d'accueil pour les familles qui fument avec leur proche.

1-9 L'espace de restauration

Les espaces collectifs de restauration présentent l'avantage de créer des espaces de convivialité pour les patients. Ils peuvent être situés soit au sein de l'unité soit pour l'ensemble du bâtiment. Lorsque la restauration est assurée dans une cafétéria unique au sein du bâtiment, il est souvent nécessaire de préserver la possibilité pour le patient de prendre ses repas en chambre ou dans un espace dédié au sein de l'unité. Si un espace de restauration au sein de l'unité est préféré, il est souhaitable de lui donner une dimension « familiale » quitte à privilégier deux lieux distincts.

Quoiqu'il en soit, ce choix ne pourra être réalisé sans tenir compte du mode de restauration adopté pour l'ensemble de l'Etablissement.

Les choix techniques pour les espaces de restauration des patients sont déterminés après analyse des conséquences économiques et d'organisation. Les possibilités de choix techniques sont réduites. La fonction restauration est, en effet, fortement contrainte par les modes de production des repas, les questions de transport et bien entendu l'implantation et la configuration du ou des sites.

Un choix technique a une influence sur les locaux mais aussi sur les organisations de travail.

Les équipes sont conviées à faire une analyse détaillée :

- des modalités de prise de repas : repas collectif ou plateau individuel, service à la table ou ligne de self service, un ou plusieurs services par repas, nombre et disposition des tables, nombre de convives par table....
- de l'organisation de l'office alimentaire : liaison froide ou liaison chaude, en liaison froide, dispositif de remise en température (chariot ou four ?), stockage des denrées, gestion de la vaisselle, contenant jetable ou retourné en cuisine centrale, préparation « en local » de certaines prestations (potages, goûters, production de café ou de thé, petit déjeuner...), mise en valeur par un agent hôtelier.

L'expérience montre qu'il ne faut pas sous-estimer les temps de manipulation, les contraintes de fonctionnement des offices alimentaires, les temps de livraison et qu'il y a une forte interaction entre salle de restaurant et office, la proximité entre les deux espaces est donc relativement incontournable.

Un self collectif pour toutes les unités peut être envisagé essentiellement sur un site monobloc, beaucoup plus rarement sur des sites pavillonnaires.

En règle générale, cela concerne les repas de midi et du soir. Le petit déjeuner peut être pris en chambre ou dans l'unité.

Il s'agit de préserver dans les unités un espace repas pour le petit déjeuner et quelques patients qui ne peuvent se rendre au self.

Le self en lui-même doit être vaste, disposant de tables à 2- 4 de places. Les tables doivent être facilement accessibles aux soignants qui devraient intervenir en cas d'urgence (fausse route, agitation, malaise,...). Du matériel d'urgence doit être à disposition dans le self.

La distribution des repas est assurée par des agents hôteliers, et des membres du personnel soignant des unités d'hospitalisation sont présents pour surveiller la prise du repas, l'observance des régimes, le respect d'un certain calme et de la convivialité.

La solution du self service ne paraît possible que si la cuisine centrale se situe à proximité immédiate et pour un nombre de repas à servir significatif. Elle impose de surcroît l'emploi de matériels très spécifiques. Elle apparaît plutôt adaptée en liaison chaude où nécessite une cuisine relais et de remise en température en liaison froide. La laverie doit être adaptée (lavage des plateaux, volume conséquent de vaisselle à traiter en même temps) et nécessite toujours une présence soutenue de personnels en plonge, surtout si le nombre de convives est important.

Quelle que soit sa formule et sa localisation, le lieu de restauration doit être un lieu convivial dans le quel les patients doivent pouvoir se restaurer y compris de manière prolongée. La circulation entre les tables doit être aisée.

1-10 L'espace de vie collective pour les soignants

Ce local n'a pas réellement de spécificité psychiatrique, il doit cependant contribuer à favoriser le travail pluridisciplinaire et en équipe, l'accès rapide et aisé à la documentation.

Indépendamment de ces différents types d'espace, les équipes sont invitées à déterminer comment " la psychiatrie" dans cette nouvelle structure, (par exemple, au sein d'un hôpital général) s'articulera avec les autres services MCO de l'établissement, y compris la psychiatrie de liaison (quels locaux seront prévus dans les services de psychiatrie, pour coordonner et concerter cette activité de psychiatrie de liaison dans les autres services de l'établissement ?)

2/ L'hospitalisation en géronto psychiatrie

Les unités de géronto psychiatrie doivent prendre en compte un certain nombre de spécificités de la population accueillie, et des soins qui lui sont prodigués.

Pour les unités de géronto psychiatrie, de petits espaces bien distincts les uns des autres, des accès linéaires, et les espaces de vie sécurisés sont importants. Une organisation des chambres en maisonnée, lorsqu'elle est possible correspond aux besoins du patient et du personnel.

Les troubles de la motricité et de l'orientation, ou les troubles cognitifs, doivent guider les choix des matériaux, la largeur des ouvrants, comme l'utilisation de l'espace. Les risques de chutes sont accrus et nécessite des choix de mobilier et d'équipement particulier... (*cannes tripodes – déambulateurs rangés dans un local facilement accessible*).

Il est nécessaire de prévoir des espaces de déambulation vastes fermés, circulaires de préférence (rotondes) et sécurisés (limitant les risques de chute) par une main courante, des pentes douces, l'absence de marches. L'accès aux espaces extérieurs (cour, jardin) doit être facilité.

Face aux risques de fugues, l'architecture de l'unité de soins doit viser à faciliter la surveillance par les soignants des accès à l'extérieur. Il est aussi envisageable d'installer des portes munies de détecteur électronique signalant le passage de patients ciblés porteurs de « bracelets anti fugue ».

Un lit médicalisé pour 10 lits de psychogériatrie paraît suffisant mais dépend surtout de la population accueillie. En revanche 2 fauteuils dit « gériatriques » pour une unité de 10 lits paraissent indispensables, ainsi que des matelas anti-escarres. Un local de rangement de ces matériels doit être prévu.

Il paraît également nécessaire d'équiper les chambres de douches facilement accessibles, y compris par les patients en fauteuil, sans bac avec strapontin fixé au mur.

3/Les unités pour patients hospitalisés pour une période longue (plus de trois mois)

Les patients à séjour prolongé supérieur à trois mois sont souvent hospitalisés dans des locaux distincts de ceux de la psychiatrie générale de secteur.

Quelques éléments différentiels sont à prendre en compte par rapport aux unités de psychiatrie générale.

1. La sécurité des chambres est moins prioritaire, leur volume doit être plus important pour pouvoir être investie d'objets personnels

2. L'espace de vie et l'espace de la prise en charge doivent être différenciés. Il est important pour les malades que tout ne se passe pas au même endroit et qu'ils fassent la démarche de quitter l'espace de nuit ou de repos pour se rendre dans un lieu d'activité.

L'espace de vie peut être composé :

- des chambres avec sanitaire et douche,
- une zone de repas qui devrait permettre une distribution différenciée avec un minimum de choix et un salon,
- la zone des soins infirmiers comparable à celle des unités de psychiatrie générale.
- un appartement de « repos » ou espace de soins contenant pour les malades présentant un état de crise passage, composé de 2 ou 3 chambres et un salon (proche de la zone des soins infirmiers),
- une salle de bain avec baignoire.

L'espace de prise en charge pourra être composé :

- d'un secrétariat,
- d'un salon visiteur,
- des bureaux pour les médecins, les psychologues, les entretiens infirmiers, etc....,
- et d'espaces d'activités différenciées, polyvalents ou propres en fonction du projet médical et du projet de soins,
- un accès rapide et protégé à un jardin ou à un patio est nécessaire.

En fonction du type de malades qui seront accueillis et du projet médical et de soins, il pourra être envisagé de créer un espace de consultation somatique équipé.

4/ Les spécificités de l'hospitalisation des adolescents

La prévalence de pathologies « mixtes » (psychiatriques et somatiques) comme l'anorexie, la boulimie, l'obésité, nécessite une très forte coordination, voire une intégration avec la médecine. Les locaux doivent donc être adaptés afin de permettre un examen et un éventuel suivi médical. **Il est préférable que l'unité d'hospitalisation soit adossée à un hôpital général.**

Les locaux, y compris les chambres, doivent être adaptés aux visites (parents, proches), et un effort spécifique doit être fait pour **l'accueil des visiteurs** dans l'unité. l'espace de repos et de nuit avec les chambres se situera en arrière, les espaces de convivialité faisant la liaison avec ceux d'activité et d'accueil des proches plus près de l'extérieur afin de préserver un espace privé aux adolescents.

La disposition et l'aménagement des chambres et du poste de soins doivent être pensées en tenant compte de la **sécurité** (risques de passage à l'acte), tout en respectant l'intimité et le confort des patients dans leurs chambres (avec salle d'eau). Il doit leur être possible d'afficher des photos ou posters sur les murs. Il peut être utile de ménager une possibilité de chambre de sécurité et de soin intensif proche de l'espace infirmier en cas d'agitation ou de problème somatique. La taille de l'unité est comprise entre 10 à 12 lits en chambres seules mais les chambres à deux ne doivent pas être systématiquement exclues bien qu'elles pénalisent la flexibilité de l'accueil.

Les bureaux médicaux doivent se trouver à **proximité** des lieux d'hospitalisation, et doivent bénéficier d'une surface suffisante (entretiens familiaux, réunissant facilement six personnes).

Les adolescents hospitalisés, même sur une brève durée, doivent bénéficier d'un **suivi scolaire**. Il est nécessaire de prévoir des locaux spécifiques à l'enseignement. De même, une **médiathèque** est un élément clé du dispositif de soins.

D'autres locaux, permettant la mise en place de soins culturels (arts plastiques, musique, relaxation, médiations corporelles) seront prévus en fonction du projet de soins.

Il est nécessaire de disposer d'un lieu de **déambulation extérieur** (Jardin), afin d'éviter aux adolescents de rester enfermés.

Plusieurs espaces **de convivialité**, au sein de l'unité, doivent être prévus, afin que les adolescents puissent se réunir confortablement (repas en commun, télévision, baby foot...)

L'espace d'accueil, de liaison et de coordination des différents intervenants doit être suffisamment central et vaste.

Un espace de consultation est organisé au sein de l'unité. Un espace dédié au travail de liaison et à l'urgence est indispensable. A l'hôpital l'espace dédié au secteur peut comprendre plusieurs bureaux (médecin chef, cadre, équipe de liaison, consultation d'avis ou d'évaluation) qui doit favoriser l'intégration à l'hôpital général et amener les équipes de pédopsychiatrie à un investissement plus important et une permanence dans le temps de leurs interventions. Il doit être clairement repéré même s'il est intégré au sein d'un autre pôle ou service (pédiatrie mère/enfant...)

Si le secteur possède une unité d'hospitalisation, ses bureaux devront au mieux être attenants à l'unité mais si possible rester extérieurs à celle-ci.

Un bureau spécifique pour la psychiatrie infanto-juvénile doit être mis à disposition dans les services (maternité et/ou néonatalogie, pédiatrie) dans lesquels l'équipe de liaison intervient le plus souvent. En effet, contrairement aux visites traditionnelles en médecine somatique, les entretiens en psychiatrie nécessitent un cadre spécifique dans une pièce indépendante dans laquelle il sera possible de conduire l'entretien sans être dérangé.

5/ L'ambulatorio

Le Groupe de Travail s'est attaché à décrire uniquement les caractéristiques des centres médico-psychologiques.

Le CMP, "pivot du secteur", n'est pas seulement un lieu de consultation mais également un lieu d'accueil permettant d'organiser des rencontres avec les partenaires et correspondants du secteur ainsi que des réunions et groupes thérapeutiques avec les patients et leur famille.

5-1 Les CMP adultes

L'organisation des flux est essentielle dans ce type de structure, elle doit assurer une circulation facile des patients et de leur famille, des personnels et intervenants, en favorisant la sécurité de tous et la confidentialité des entretiens.

L'accès si possible séparé entre patients et personnels doit être sécurisé (par exemple par un système de surveillance vidéo et de fermeture automatique avec commande du poste d'accueil).

L'implantation le plus souvent en milieu urbain de ces structures impose le respect des règles élémentaires de **sécurité** : nécessite de voir les personnes avant leur accès dans la structure. Pas de locaux de consultation isolés au fond d'un couloir, éviter les angles morts et favoriser le plus possible la surveillance de l'ensemble des locaux.

L'entrée privilégie l'espace et la convivialité, elle est ouverte sur un accueil secrétariat permettant un échange direct avec le public.

La salle d'attente susceptible d'accueillir 6 à 8 patients pour un secteur, elle est idéalement composée de deux espaces distincts.

Le secrétariat remplit un rôle essentiel dans cette structure, il s'organise autour de quatre fonctions principales idéalement regroupées en un seul lieu permettant cependant de les isoler.

L'accueil administratif est ouvert et matérialisé par une banque d'accueil

L'accueil infirmier est réalisé dans un lieu distinct mais si possible contigu. Il doit être institutionnalisé, il se pratique sans délai quand le nouveau patient se présente spontanément au CMP ou après un premier contact téléphonique. Le patient est accueilli aussitôt et dans un premier temps par l'IDE car cette démarche doit être prise en considération pour permettre un premier contact de qualité.

L'entretien est basé sur la présentation du fonctionnement du CMP et avec le support du dossier patient, l'IDE recueille les coordonnées et les informations nécessaires à son ouverture. Ces échanges permettent au soignant de mener l'entretien aux fins d'identifier les problèmes et les difficultés, d'évaluer les besoins, de repérer les symptômes et d'orienter auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue, selon le fonctionnement du service. Cet entretien d'accueil est nécessaire, il rassure et engage d'emblée le patient dans un processus de soins. Il officialise la démarche et la demande de

soins. Si le délai d'attente du rendez-vous donné est trop long, cet entretien d'accueil peut être renouvelé pour faire patienter et ne pas démobiliser la demande.

- **La conception des compte rendus** réalisée par des échanges entre professionnels, elle nécessite espace et tranquillité.
- **La fonction bureautique** fax/photocopieuse/imprimante etc...
- **La fonction archivage** : un travail sur les règles d'archivage ou une connaissance de la méthode

la salle de réunion susceptible d'accueillir de 15 à 20 personnes ; c'est un lieu d'échanges et de travail dans lequel les patients ne sont pas reçus.

Une pièce polyvalente est utile pour les patients qui ont besoin de se rencontrer et d'échanger. Privilégié dans les CATTP, cet espace est néanmoins pertinent dans un CMP particulièrement pour les patients y venant régulièrement.

L'espace vestiaire du personnel sera équipé d'un espace douche

Des emplacements de stationnement devront être prévus dans la mesure du possible non seulement pour les patients mais aussi pour les véhicules de secteur.

Les locaux de soins

C'est un espace situé près du bureau infirmier, il doit être clair, ventilé, carrelé et équipé d'un voyant extérieur qui autorise ou non l'accès.

Ce local contient un espace *salle de soins* et un espace *pharmacie*.

L'espace salle de soins contient :

- un point d'eau,
- un plan de travail,
- un lit ou table d'auscultation,
- éventuellement une douche.

Et l'espace *pharmacie* doit contenir également un plan de travail, un ordinateur et deux armoires : une pour le stock du petit matériel médical (appareils à tension, seringues, pansements, etc.), l'autre pour le stock de quelques médicaments.

Les bureaux pour le personnel permanent, ils sont situés au plus près de l'entrée. Ils doivent permettre d'assurer la plus confidentialité. Dans la mesure du possible les bureaux sont polyvalents. Parmi les bureaux, un au moins doit être d'environ 18 m² destiné particulièrement à l'accueil familial.

5-2 Le cas particulier des CMP pluri sectoriels

Certains établissements ont privilégié une organisation pluri sectorielle sur un site unique pour rendre plus lisible le dispositif ambulatoire installé en ville. Il permet de mutualiser certaines fonctions comme l'accueil et le secrétariat. Cette organisation requiert cependant une distinction des espaces infirmiers voire des salles d'attentes. Le nombre de bureaux polyvalents est adapté à la file active.

5-3 Le cas particulier des CMP pluri sectoriels enfants / adultes : risques et opportunités :

Une mutualisation des locaux est utile dans les secteurs ruraux qui comportent beaucoup de sites. Cette pluri sectorialité enfant/adulte est possible autour d'une mutualisation des fonctions d'accueil et de secrétariat. Ainsi la mise en commun du personnel administratif et infirmier permet d'assurer une permanence malgré une distribution rigoureuse des activités de consultation sur certains jours ou horaires. Certains types de soins pouvant être assurés conjointement en inter équipe (thérapies familiales, groupes de parents, ou d'adolescents, psychodrame etc.).

Le risque en est cependant une stigmatisation de l'image du CMP surtout pour les adolescents.

La salle d'attente bénéficie de deux espaces dont l'un sera plus particulièrement destiné aux enfants avec le matériel de jeu permettant l'attente.

La polyvalence des bureaux nécessite cependant une adaptation du mobilier, des placards de rangements séparés, une décoration choisie en commun.

5-4 Le cas particulier des CMP pour enfants

La plupart des concepts développés pour les CMP adulte restent valables mais quelques particularités doivent être prises en compte.

L'accès : doit prévoir l'entrée des enfants en poussettes (plein pied, rampe ou ascenseur). La sécurisation impose les mêmes nécessités que pour le CMP adulte : il faut prévoir plusieurs implantations pour l'ouverture des portes. Le transfert de la réponse téléphonique en cas d'absence de secrétariat ou de permanence délocalisée doit être prévu.

L'entrée : par ses volumes et sa décoration elle doit d'emblée signifier que l'espace est dédié (petite enfance, enfance ou adolescence). Elle doit être rassurante et contenante (et éviter les sorties sur rue). Si possible il est conseillé de favoriser une entrée nécessitant le contournement par l'arrière des bâtiments avec des jeux de jardin ou une signalétique ludique au sol.

L'accueil, et la salle d'attente : ils doivent être couplés pour permettre non seulement un accueil et une confidentialité mais aussi une surveillance de la salle d'attente lorsque les enfants sont seuls. Le système de banque d'accueil est à proscrire car il ne permet pas la confidentialité de l'accueil et n'assure pas une bonne surveillance. Un local double accueil et secrétariat est intéressant pour l'accueil et le secrétariat de même que de grouper autour du secrétariat bureau infirmier et bureau de l'assistante sociale car ces personnels contribuent souvent au pool d'accueil.

La salle de soin est peu utilisée sauf si le CMP est couplé à un CATTP et peut être réduite. Une armoire à pharmacie disposant du petit matériel de soins d'urgence régulièrement visitée est néanmoins nécessaire.

La salle d'attente doit être vaste (fratries accompagnantes, poussettes, simultanéité des attentes pour les groupes) et chaleureuse avec un espace jeux et un espace information pour les parents, des WC doivent être attenants (avec une cuvette à la taille pour les plus jeunes (et parfois dans les équipes petite enfance une table à langer).

Certains **bureaux** sont plus grands pour recevoir des familles (18 à 20 m²) ou les jeunes enfants, d'autres plus petits et contenant pour les psychothérapies (10 à 15 m²) ou l'orthophonie, Il faudra tout particulièrement veiller à la qualité de l'insonorisation. Un point d'eau est souvent bien venu. Des placards permettant de ranger le matériel et de ne sortir que celui adapté à la consultation en cours sont nécessaires. Dans certains bureaux un grand tableau mural véléda permettant l'expression est souvent apprécié.

Si tous les bureaux ne se sont pas informatisés, certains doivent l'être tels que celui de l'assistante sociale qui a des recherches à effectuer, celui des médecins, celui de l'orthophoniste pour qui certains logiciels sont un outil thérapeutique. Une pièce informatique spécifique doit être à la disposition du personnel qui saisira son activité.

Le nombre de bureaux doit conjuguer à la fois la dimension de l'équipe et la différenciation de fonctionnalités : un atelier d'écriture ne nécessite pas le même mobilier qu'une pièce d'expression artistique.

Les salles d'activité ou de groupe sont à différencier de la salle de psychomotricité qui peut comporter des équipements mobiliers spécifiques (miroirs en pied, espalier, cordes attachées au plafond etc.). Il est utile de regrouper ces pièces à distance de la salle d'attente car les activités qu'elles abritent sont parfois sonores. Une salle de thérapie familiale équipée d'une capacité d'enregistrement vidéo sécurisé est à prévoir.

La salle de réunion doit pouvoir recevoir une vingtaine de personnes (10 personnes en plus de l'équipe de taille très variable). Les rencontres inter institutionnelles sont fréquentes dans la pratique pédopsychiatrique. En général cette pièce n'est pas ouverte au public mais dans certaines équipes elle peut servir à l'accueil de groupes de parents.

6/ Les urgences psychiatriques

Elles sont implantées sur les plateaux des urgences des Centre Hospitaliers Généraux.

L'espace dévolu aux urgences psychiatriques sur les plateaux des urgences générales, est un espace propre à ce type de prise en charge, mais intégré.

Le plateau des urgences psychiatriques doit permettre à une équipe pluridisciplinaire de travailler 24h sur 24h. Les locaux seront bien identifiés, leur dispersion au sein du plateau technique des urgences générales doit être évitée.

La composition de l'équipe permet de préciser les espaces nécessaires.

Une intervention 24h sur 24 nécessite :

- 2 ETP de praticien hospitalier qui doivent chacun pouvoir bénéficier d'un bureau personnel pour travailler dans de bonnes conditions.

Les interventions ponctuelles d'autres praticiens aux statuts divers allant de l'interne à l'assistant au PH sont fréquentes, pour lesquelles la mise à disposition d'un bureau est souhaitable.

Les bureaux sont vastes (en général, plus vastes que des bureaux de consultation en CMP). Ils peuvent accueillir au moins deux personnes (souvent le patient et sa famille) et permettre l'entrée de plusieurs soignants pour maîtriser un patient agité. La sortie du bureau doit être aisée. Ces bureaux ne doivent pas être isolés du reste du plateau. La porte d'accès doit permettre une surveillance ? (oculus) Chacun de ces bureaux doit pouvoir bénéficier d'un point d'eau, lavabo petite paillasse et divan ou table d'examen.

- 7 à 8 ETP infirmiers doivent permettre une à deux présences simultanées, surtout la nuit. L'un ne peut quitter l'unité, l'autre est amené à se déplacer sur tout le site des urgences et notamment pour aller à la porte évaluer les situations.

Ils sont situés dans la salle de soins qui doit avoir une position centrale dans la structure. Ils doivent bénéficier d'une vue panoramique (celui qui s'y trouve doit pouvoir avoir une vue et un contrôle sur la porte d'entrée, sur les accès aux bureaux et sur les accès aux chambres et sur la salle d'attente).

L'aménagement intérieur du poste de soins est constitué de vastes paillasses avec sièges hauts permettant d'écrire, d'avoir accès à l'informatique, de préparer des médicaments et d'échanger.

Dans cette même pièce, on doit prévoir une pharmacie et un espace bureautique, fax imprimante etc... et un accès au secrétariat. Voir n'implique pas d'être vu, et des stores à lamelles peuvent être utilisés sur toute la surface vitrée, en préconisant ceux qui sont insérés dans la vitre.

D'autres catégories de personnels en fonction de la taille de la structure peuvent intervenir et doivent pouvoir bénéficier de bureaux assistantes sociales, psychologues.... Les bureaux doivent répondre aux mêmes contraintes que précédemment.

- La salle d'attente est vaste, toujours sous contrôle visuel de la salle de soins susceptible d'accueillir une dizaine de personnes avec quelques enclaves aménagées pour permettre d'isoler, voire de séparer, lorsqu'il y a des symptomatologies bruyantes ou des états d'incurie difficile à accepter.

- Les chambres : idéalement, trois à quatre chambres (ou box) sont équipés de façon différente :
 - Une à deux chambres équipées avec une qualité hôtelière classique
 - Une chambre équipée seulement d'un lit
 - Une chambre sécurisée, équipée seulement d'un matelas mousse, dense, épais avec sangles intégrées destinée à immobiliser et protéger le patient et le personnel.
- Les sanitaires :
 - Pour les patients : un WC à proximité immédiate des chambres, une salle de douche vaste permettant de prendre en charge dans de bonnes conditions de sécurité un patient incurie.
 - Pour le personnel : salle de repos avec siège, petite banque, paillasse, évier, un réfrigérateur permettant 24h sur 24 d'avoir des plateaux repas pour les patients mais aussi pour le personnel avec micro onde et cafetière, etc...
 - La sécurité : La porte d'accès aux urgences doit pouvoir fermer automatiquement avec un contrôle vidéo, contrôle possible de toutes les ouvertures de toutes les pièces à partir de la salle de soins. Aucun patient ne doit pouvoir pénétrer dans la salle de soins. L'accès à la salle de soins doit être contrôlé. Chaque agent est équipé d'un PTI relié avec l'ensemble du personnel des urgences MCO et psychiatriques.

Lorsque les urgences psychiatriques sont à proximité des lits d'hospitalisation de psychiatrie et idéalement mitoyennes d'une Unité d'Accueil et d'Orientation.

Les lits précédemment préconisés sont intégrés dans l'unité d'hospitalisation.

Les deux PH des urgences psychiatriques sont ceux qui interviennent sur l'UAO.

Les impératifs de bureaux médicaux sont les mêmes, ils doivent être situés dans le périmètre de ces deux espaces.

La salle de soins, la salle d'attente et les sanitaires restent définis comme précédemment et doivent répondre aux mêmes critères de sécurité.

PARTIE 4 : DU PRE PROGRAMME A LA VIE DE L'OUVRAGE

L'hôpital est un ouvrage complexe dans lequel interviennent de nombreux acteurs venant d'horizons différents, aux intérêts parfois divergents. La conception d'un hôpital est souvent longue, tant le processus est complexe. La durée des opérations, entre la phase de programmation et la mise en service d'un établissement oscille entre 5 et 10 ans et voire plus.

Pendant ce temps, un certain nombre d'évolutions intervient : Evolutions réglementaires, Evolution programmatique constante (SROSS, évolution de la population, bassin d'attraction, besoins de santé, évolution de la politique d'investissements).

Le processus de conception et de réalisation d'un ouvrage est une démarche longue et peu ou pas connue des utilisateurs qui seront amenés à une étape donnée de participer ou d'être sollicité. De plus, celle-ci est souvent peu explicitée par le maître d'ouvrage.

La loi MOP du 12 juillet 1985 et ses décrets d'applications du 29 novembre 1993 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, précise les obligations du maître d'ouvrage ainsi que les rapports avec la maîtrise d'œuvre privée. Les décrets déterminent en outre les différents éléments de missions lors de l'élaboration du projet.

En ce qui concerne les maîtres d'ouvrages privés, le processus de conception et de réalisation de l'ouvrage s'apparente à une démarche similaire, tout en la simplifiant.

Dans le cas présent, nous nous attacherons plus particulièrement à la commande réalisée par un maître d'ouvrage public.

Les différentes étapes : On peut résumer en trois grandes étapes la conception de l'ouvrage.

La phase 1 : démarche de programmation

Le plan directeur : Le socle de toute démarche de programmation pour un établissement de santé est le plan directeur, qui permet de déterminer une ou plusieurs opérations s'inscrivant dans le projet d'établissement. Cela est particulièrement nécessaire dans le domaine de la psychiatrie, qui en terme patrimonial est en pleine évolutivité avec l'installation de l'hospitalisation complète au plus proche de la population du secteur desservi. Dans de nombreux cas, le site principal (orienté sur l'hospitalisation complète) peut être amené à être fortement restructuré et dans certains cas, cédé.

« Le plan directeur est à l'hôpital ce que le plan d'urbanisme est à la ville. » Cette définition inscrite dans le décret n° 74-569 du 17 mai 1974 est reprise en annexe 1 de la nouvelle circulaire relative au contrôle des investissements des établissements publics de santé (circulaire DHOS/E4/2006/422 du 20 septembre 2006).

Cette phase est donc devenue réellement incontournable, tant sur l'aspect prospectif de l'établissement vis-à-vis des investissements, que sur le contrôle et la validation qui seront effectués par les tutelles. Néanmoins, cette phase doit s'articuler dans le cadre du projet d'établissement et en particulier dans le projet médical, et ne pas simplement refléter une liste de « courses » souhaitées ou formulées pendant la réalisation de l'étude.

La réalisation d'un plan directeur s'effectue en général sur une durée de 3 mois environ (lorsque l'étude ne porte que sur les structures infra-hospitalières). Elle peut durer jusqu'à un an, lorsque l'étude porte sur plusieurs sites et comprend l'ensemble des structures extra-hospitalières.

Les fourchettes de délais ci-dessus indiquées ne sont pas à négliger et il est très important de ne pas déraiper dans le temps, car la phase - plan directeur- n'est que le socle des projets à venir. Dans de nombreux cas, le délai de réalisation est beaucoup long, et ce n'est pas forcément un gage de qualité.

Les études de faisabilité et de pré-programmation : Le plan directeur ayant été réalisé et approuvé tant par les instances internes qu'externes, la faisabilité et le pré-programme peuvent être démarrées.

Le **pré programme** est un document élaboré par le groupe sur la base des projets médical et soignants qui définit, en outre, les « **intentions d'usage** » de la structure concernée par l'opération de travaux.



Environnement de la structure :

Son environnement géographique, descriptif de la situation dans la zone urbaine....

Description de l'offre hospitalière dont elle est un élément : à l'échelle du territoire de santé, de l'établissement de rattachement, des secteurs desservis

Public de la structure :

Caractéristiques socio-démographiques des patients pour qui elle est destinée

Caractéristiques des personnes et/ou publics intervenants dans la structure

Les objectifs de prise en charge :

Il s'agit de définir ce que l'on recherche pour le patient, les principes fondamentaux pour l'accueil et la prise en charge des patients.

Cette partie sera nourrie de la réflexion sur les objectifs fondamentaux poursuivis. Le projet doit apporter un « plus » non seulement en terme d'image, en matière de qualité des soins pour le patient et son entourage, de confort de travail pour les équipes soignantes et médicales, mais aussi en terme de maintenance, de pérennité et d'évolutivité.

Le pré-programme est assorti de l'étude de faisabilité. L'annexe 3 de la circulaire relative aux investissements synthétise les orientations et précise le contenu souhaitable de cette étape.

Cette phase est également à inscrire dans une **durée limitée dans le temps**. Sans négliger l'importance de celle-ci, il est nécessaire que les différents acteurs ne s'essouffent pas, car la phase suivante « programme » permettra de parachever le pré-programme, en lui donnant une dimension centrée sur l'acte de construire.

Le programme : « Le maître de l'ouvrage définit dans le programme les objectifs de l'opération et les besoins qu'elle doit satisfaire, ainsi que les contraintes et exigences de qualité sociale, urbanistique, architecturale, fonctionnelle, technique et économique, d'insertion dans le paysage et de protection de l'environnement relatives à la réalisation et à l'utilisation de l'ouvrage » (loi MOP)

Situé à l'interface de la phase de programmation et de la phase de conception, il est au cœur des relations entre la maîtrise d'ouvrage et le maître d'œuvre.

Le programme est rédigé à partir du pré-programme et est complété par les exigences et performances à atteindre, en ce qui concerne en particulier les aspects techniques. Il est une pièce contractuelle du marché de maîtrise d'œuvre.

Cette phase est également à inscrire dans une **durée limitée dans le temps**.

En regard de ces différentes étapes, l'ensemble peut paraître fastidieux et long. C'est pour cette raison que chaque phase – plan directeur, études de faisabilité et pré-programme et programme pour lancer un concours de maîtrise d'œuvre doit être justement calibrée en terme de délais, car cet ensemble n'est que le démarrage de l'opération, la phase de réalisation de l'ouvrage étant incompressible plus particulièrement pour les délais de chantier.

La phase 2 : La phase études

Cette phase va s'échelonner du choix de maître d'œuvre à la notification des marchés de travaux pour réaliser l'ouvrage.

Le choix du maître d'œuvre peut être réalisé suivant différents types de procédure, en fonction du montant de l'opération et du type d'opération.

Les études de maîtrise d'œuvre sont organisées en 4 phases principales : esquisse, études d'avant projet (comprenant avant projet sommaire et avant projet définitif), études de projet et enfin assistance pour la passation des contrats de travaux.

La durée de ces études est relativement proportionnelle à la taille de l'opération, et au choix de précision au moment du concours (dans l'hypothèse d'un bâtiment neuf – rendu sur esquisse ou sur APS).

Exemple : les études pour la relocalisation d'une unité de 50 lits d'admissions peuvent être réalisées dans une durée de 15 à 18 mois environ, alors que les études pour le regroupement CMP/Hôpital de jour sont de l'ordre d'environ 8 mois.

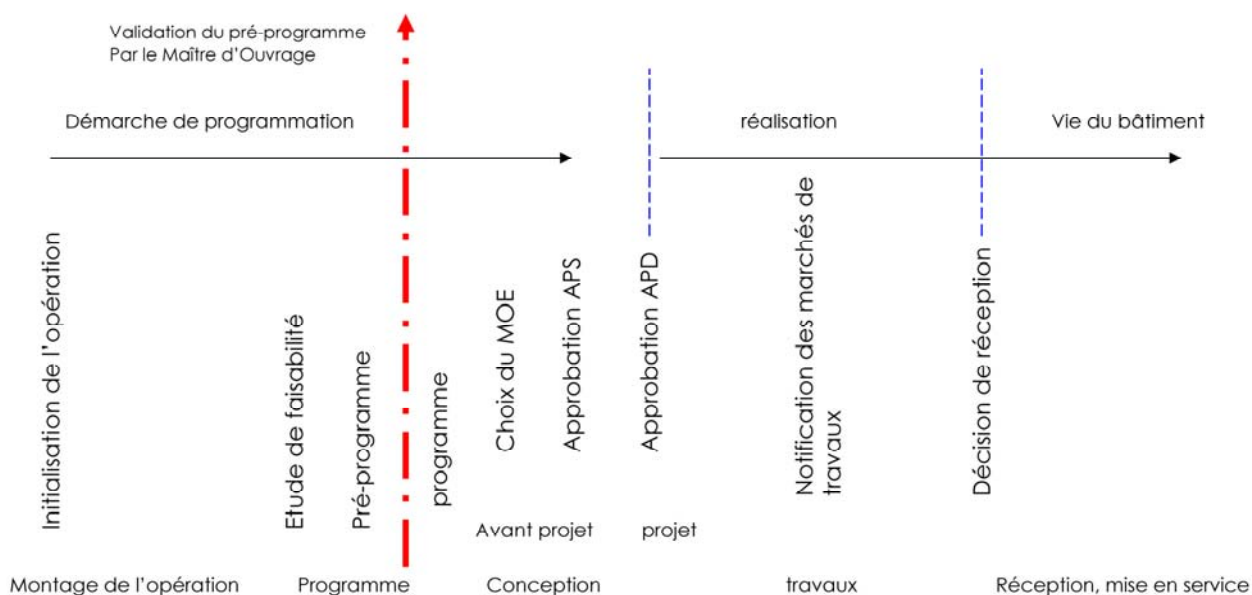
La phase 3 : La phase travaux

Les missions du maître d'ouvrage et du maître d'œuvre sont également précisées dans la loi MOP.

La durée du chantier est également proportionnelle à la taille de l'opération, mais attention, la construction d'un bâtiment dix fois plus petit, n'est pas dix fois plus rapide. La qualité de la réalisation de l'ouvrage est liée à de nombreux paramètres : qualité de la direction de chantier assurée par la maîtrise d'œuvre, qualité du maître de l'ouvrage et qualité de l'entrepreneur réalisant l'ouvrage. Lors que l'un ou plusieurs acteurs de cette triangulaire est défaillant, l'opération subira des retards qui pourront être importants.

La phase 4 : La vie de l'ouvrage

Elle commence à la réception de l'ouvrage.



La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale remercie l'ensemble des personnes qui a contribué à la conception de ce document :

C. Barboux	Cadre de santé	CH Sainte Anne
René Barrou	Ingénieur	certu
Docteur Patrick Basard	Psychiatre, PH Chef de service	EPS Charcot. Paris
William Besse	Commissaire de police	DHOS
Marie-Christine Blanchard	Cadre supérieur de santé	CHI Meulan - les Mureaux
Docteur Pierre Caillault	Psychiatre, PH Chef de service	CH Saint-Nazaire.
Jérôme Dourdin	Programmist	Société APAU
Jean Dufraisse	Directeur d'hôpital. Chef d'établissement	CH Brienne le Château
Docteur Patrick Eche	Psychiatre infanto juvenile.PH chef de service	CHS Perray-Vaucluse. Paris
Carole Festa	Directrice d'hôpital	MNASM
Docteur Catherine Isserlis	Psychiatre infanto juvenile.PH chef de service	CH Versailles
Docteur Serge Kannas	Psychiatre, PH, Ancien Chef de Service	MNASM
N. Lague	Cadre Supérieur de Santé	CHS Perray-Vaucluse. Paris
Mme Legal	Cadre Supérieur de Santé	CHS Perray-Vaucluse. Paris
Docteur Gérard Massé	Psychiatre, PH, Chef de service	CH Sainte-Anne MNASM
Docteur Erick Monduit de Caussade	Psychiatre, PH Chef de service	EPS Maison Blanche . Paris
François Mousson	Coordonnateur des soins	ASM 13. Paris
Arlette Philibert	Cadre Supérieur de Santé	EPS Maison Blanche. Paris
Docteur Frédéric Pochard	Psychiatre, PH	Hôpital Cochin. Paris
Docteur J.P. Provost	Psychiatre, PH, Chef de service	CH Orsay
Valentine Rieder	Architecte et référente MAINH	ARH Centre
Docteur Michel Robin	Psychiatre, PH, Chef de Service Président CME	EPS Charcot
Mme Roetyneck	Directrice des Soins	CHS Perray-Vaucluse. Paris
Docteur Santos	Psychiatre, PH Chef de service Présidente de la CME	CHS Perray-Vaucluse. Paris

Dans la perspective de faire évoluer ce document, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale vous remercie de lui transmettre vos remarques ou réflexions :

Adresse mail : festa@mnasm.com

tél : 01 53 94 56 95

Adresse postale : M.N.A.S.M
5 avenue d'Italie
75013 Paris