

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

mnasm

Mission Nationale
d'Appui en Santé Mentale

5, avenue d'Italie - 75013 Paris

www.mnasm.com

**TRANSFERT D'ACTIVITÉ DE LA PSYCHIATRIE
DE SAINT-SAULVE
À VALENCIENNES**

**Présenté par: Mme Marie-Christine Blanchard
 Dr Pierre Caillault
 M. Pierre Juhan**

**Le secrétariat et la coordination matérielle
de cette mission ont été assurés par Mme F. MESSIF**

Novembre 2008

<hr/>	
RÉSUMÉ DES PRÉCONISATIONS	3
I/ LES CONDITIONS DE DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE	5
II/ LES CHOIX PROPOSÉS ET LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PROJET	7
A-Les choix proposés.....	7
B- Les orientations stratégiques.....	8
III/ LES CONDITIONS DE LA CONDUITE DE PROJET	14
A-les choix architecturaux.....	14
B-La définition du projet médical de pôle.....	14
IV/ QUELQUES GRANDS IMPÉRATIFS DANS LA CONDUITE DU PROJET	16
ANNEXE 1	18
ANNEXE 2	21
ANNEXE 3	22
ANNEXE 4	32
<hr/>	

Le transfert d'activité de psychiatrie de Saint-Saulve à Valenciennes

Résumé des préconisations

Par une délibération du Conseil d'Administration de 2003, le Centre Hospitalier de Valenciennes a décidé le transfert de l'activité de psychiatrie depuis la commune de Saint-Saulve (située dans l'agglomération) vers le centre ville à proximité immédiate des locaux du nouvel hôpital. La MNASM, qui encourage cette orientation de rapprochement de l'activité de psychiatrie au plus près des populations, a été saisie pour aider à l'élaboration du projet médical, lui-même préalable à la conception du programme des futurs travaux avec mise en service en 2012.

Quelques remarques conduisent à plusieurs orientations.

Remarques

1/ le Centre Hospitalier de Valenciennes a historiquement reconnu et défendu l'activité de psychiatrie en la considérant comme toute autre discipline. C'est ainsi qu'un pôle a été créé, regroupant les 3 secteurs de psychiatrie générale et le secteur de pédopsychiatrie, et les règles de la nouvelle gouvernance y sont appliquées.

2/ Le Centre Hospitalier de Valenciennes a développé un type d'organisation des soins associant une logique de secteur à des activités quasi inter-sectorielles (court séjour) et clairement intersectorielles ; toutefois, du point de vue de la saisie d'activité, ce régime hybride d'organisation n'aide pas au calcul du décompte consolidé de l'activité soit par secteur, soit par type de séjours. Un effort de clarification incluant l'analyse par diagnostic/pathologie est à conduire rapidement pour disposer de données statistiques probantes.

3/ Au fur et à mesure de son histoire, et malgré des locaux assez anciens (ouverts en 1976), la psychiatrie a su évoluer tout en restant au plus près de la philosophie de la sectorisation (deux secteurs à l'origine puis un troisième en 1988). Pour parachever le dispositif, il est nécessaire de prévoir des lits situés au plus près des urgences avec un centre d'accueil et de crise et une présence médicale de la psychiatrie.

4/ Parmi tous les sites que la MNASM analyse, le Centre Hospitalier de Valenciennes a un atout déterminant, celui de son attractivité médicale, ce qui fait que la question démographique ne se pose pas – ou se pose peu – pour ce qui est de la psychiatrie.

Cet ensemble de raisons conduit la MNASM à recommander vivement un financement adéquat de l'opération immobilière envisagée, qui se présente comme une volonté de moderniser l'accueil hospitalier en vue d'une amélioration du service public.

Quelques conditions sont toutefois à respecter, qui correspondent aux orientations préconisées.

Orientations

1- L'analyse des hospitalisations inadéquates c'est à dire les patients relevant d'une prise en charge dans d'autres structures gérées dans le social et le médico-social, en montre une proportion importante : 39 patients pour une capacité de 109 lits. Les pouvoirs publics doivent désormais mieux coordonner leurs initiatives pour que la situation de ces personnes trouve une solution avant l'ouverture des nouveaux services dans les locaux de l'Hôtel-Dieu.

2- La superficie libérée pour accueillir la psychiatrie (et l'administration) en 2012 est supérieure aux besoins. Cela représente un risque pour le projet dans la mesure où la tentation de s'étendre pour occuper l'espace sera grande. Or l'actualité nous rappelle la difficulté de gestion, en terme de sécurité, de locaux trop étendus (ou trop dispersés). À l'inverse, la sécurisation ne devra pas nuire à la liberté de la majorité des patients. Les choix de compromis pourront être opportunément éclairés par une étude ad hoc portant sur le patrimoine foncier et le cadre paysager actuel et futur (cf. le travail actuel du Vinatier).

3- La pierre angulaire du projet médical est l'organisation de l'accueil aux urgences, y compris le centre d'accueil et de crise. C'est là que se joue une part importante de la régulation et donc de la gestion des capacités en intra et en extra hospitalier : les futurs lits de psychiatrie générale devront être installés au plus près des locaux du MCO, de façon à faciliter le continuum de prise en charge.

4- La MNASM recommande dans son rapport un certain nombre d'unités de 20 lits qui sont fondées sur des séquences de soins bien définies, correspondant à des types variés de séjours. Il s'agit ensuite de structurer cette offre de soins à la population qui sera accueillie en 2012, en positionnant le curseur sectoriel/intersectoriel à un niveau que la communauté médicale en fonction à ce moment là acceptera. Cette anticipation devra porter sur une capacité totale intégrant la question des inadéquations, l'accueil de crise et la mobilité du dispositif pour traiter certains types de population. Enfin, la légitimité de la direction de projet sera largement dépendante du degré d'association aux grands choix de l'encadrement et du niveau d'information des personnels soignants pour lesquels la MNASM recommande de viser – de principe – la plus grande ambition.

Novembre 2008

I/ Les conditions de déroulement de l'étude

La MNASM a été saisie par la DHOS d'une mission relative à l'organisation de la psychiatrie au Centre Hospitalier de Valenciennes. Composée de Marie-Christine Blanchard, cadre de santé au CH des Mureaux (Yvelines), de Monsieur le Docteur Pierre Caillault, PHCS au CH de Saint-Nazaire (Loire-Atlantique), et de Monsieur Pierre Juhan, directeur d'hôpital, permanent à la MNASM, elle s'est rendue à trois reprises sur le site de Valenciennes les 29 et 30 avril, les 11 et 12 juin et le 15 juillet 2008. Elle a rencontré l'ensemble des équipes administratives, médicales et soignantes, les trois chefs de secteur, le Docteur Thomazeau (59G30), le Docteur Vanecloo (59G31) et le Docteur Revillion (59G32).

Elle a eu plusieurs entretiens avec le Directeur, M. Jahan, et le Président de la CME, le Docteur Sabountchi (responsable du pôle de psychiatrie). Elle a eu un bref contact avec le représentant local de l'UNAFAM, une réunion avec les membres de l'association Croix-Marine, a visité plusieurs CMP/CATTP des trois secteurs et tenu plusieurs réunions avec l'encadrement des services. Elle a rencontré, brièvement, les responsables de la psychiatrie à l'ARH, à Lille. Elle a noué un contact avec l'équipe de l'antenne de la MDPH à Valenciennes.

La restitution des conclusions de l'enquête a été retardée en raison, d'une part, du plan de charge des permanents de la MNASM puis d'une absence prolongée (congé maladie) au secrétariat.

Le dispositif actuel est installé au Centre Psychothérapique Duchesnois de Saint-Saulve depuis 1976, « ce qui décharge l'Hôtel Dieu des malades mentaux qui, jusqu'alors étaient hospitalisés en médecine générale ». Il est issu d'une politique classique de mise en place de secteurs et constitue le cœur du dispositif psychiatrique des secteurs 59 G 30, 59 G 31, 59 G 32. En terme de capacité, Valenciennes dispose de 06 lits pour mille habitants, ce qui est inférieur à la moyenne régionale (08 lits pour mille habitants), elle-même inférieure à la moyenne nationale. Historiquement, un premier secteur a été créé en 1976 puis un second rapidement en 1978, et enfin un troisième beaucoup plus tard en 1988. Pour partie, ces créations successives peuvent expliquer l'hétérogénéité des pratiques observées en 2008, avec par exemple des activités ambulatoires différentes, elles-mêmes largement corrélées à des différences dans l'attribution des moyens (cf. le tableau en annexe). Néanmoins, même si ces moyens en personnel sont inégaux selon les secteurs 30, 31, 32, ils restent globalement inférieurs à la moyenne nationale calculée par l'étude DREES portant sur les 850 secteurs de psychiatrie générale.

La caractéristique la plus adaptée pour décrire l'organisation actuelle de la psychiatrie est celle d'une **situation de transition** entre les principes qui ont présidé à l'origine des secteurs et les ajouts successifs au fonctionnement de départ, ce qui démontre bien la volonté qu'ont eue les acteurs d'évoluer et de faire progresser le système.

Le Hainaut regroupe deux secteurs à Denain, un secteur à Saint-Amand-les-Eaux, et 3 secteurs à Valenciennes. L'attraction de la ville de Valenciennes est telle qu'une partie des patients vus au Centre Psychothérapique Duchesnois et aux urgences est « hors secteur ». Les trois secteurs ont développé des activités « dans la cité » conformes à l'esprit de la circulaire de 1960, avec la volonté constante de moderniser leurs installations : un programme de rénovation des locaux et de regroupement des structures trop dispersées est en cours, il est soutenu activement par l'institution hospitalière et a sa place dans le CPOM conclu avec l'ARH. Chaque secteur isolément ne possède pas la totalité de la palette de prise en charge en matière de logement et de travail pour les patients mais, globalement, en regroupant ces moyens au niveau du pôle, le Centre Hospitalier de Valenciennes présente une offre remarquable à tous égards. Ce patrimoine, construit au fil des années, est à conserver et à mieux coordonner dans le sens d'une mutualisation.

Il est constitué d'unités de soins institutionnelles sectorisées (USIS), d'une unité de court séjour (UCSM), dont la vocation est intersectorielle, et d'activités « transverses » qui sont rattachées chacune à un secteur. La psychiatrie de liaison est rattachée au secteur 59 G 31, les soins aux toxicomanes au secteur 59 G 32 et la gestion de l'UCSM est administrativement rattachée au secteur 59 G 30. Il est à noter que l'alcoologie a été confiée il y a plusieurs années au secteur de Saint-Amand-les-Eaux. Au total, il s'agit d'une « **organisation mixte** » associant une logique de secteur, des activités inter-sectorielles constituées en entités et des activités intersectorielles rattachées. Enfin, le Centre Hospitalier de Valenciennes a pris le parti, comme d'autres centres hospitaliers généraux de « placer » des malades dans des lits situés dans des services hors psychiatrie : il s'agit de l'unité de soins pour malades anxio-dépressifs (USAD). Ce dispositif est un « entre-deux » entre du « sectoriel pur » et une organisation qui privilégie l'activité déployée par rapport à l'origine géographique des patients. Il est géré sous forme de pôle, conformément à l'ordonnance du 2 mai 2005 . Il ne s'agit pas d'un fonctionnement polaire « de façade » puisque aussi bien un contrat de pôle, une délégation de gestion et « un trio de pôle » existent, comme pour les autres services de l'établissement.

Toujours au titre des signes de modernité, l'établissement défend depuis plusieurs années un centre d'accueil et de crise, pour mieux accueillir les patients aux urgences, où la présence psychiatrique fait défaut. Ce projet, du fait de son ampleur, pose des difficultés de financement qui ont conduit à un étalement dans l'adjonction des moyens selon les différentes tranches des COM puis du CPOM.

Enfin, le Centre Hospitalier de Valenciennes est un hôpital globalement dynamique avec un programme ambitieux de travaux en cours d'achèvement : on aurait pu penser, pour le redouter, que la psychiatrie aurait pu être le « parent pauvre » de ce vaste mouvement. Tel n'est pas le cas, pas plus d'ailleurs que le SSR, puisque la réinstallation dans de nouveaux locaux est envisagée pour ces activités. Toute la question est donc de rechercher les modalités de réorganisation des soins correspondant à l'état de l'art en 2008 et de les repenser pour les inscrire dans les lignes directrices du programme de travaux.

II/ Les choix proposés et les orientations stratégiques du projet

A- Les choix proposés

Au fil des missions conduites depuis son origine, la MNASM s'est forgée un modèle -au sens de représentation de référence, et pas forcément au sens d'idéal - du fonctionnement de la psychiatrie dans les hôpitaux. Ce modèle se veut le plus possible adoxaliste et se nourrit du constat établi lors des visites par l'observation de ce qui marche et de ce qui ne marche pas en psychiatrie^[1] mais, précisément, que signifie un fonctionnement qui « marche » en psychiatrie ? À la question ainsi posée, il faut indiquer d'emblée que - précisément - depuis 1976 - le centre hospitalier de Valenciennes s'est rapproché de ce modèle. Il ne lui manque, dans le dispositif actuel, que quelques pièces supplémentaires pour en être vraiment proche et donc parachever ainsi l'organisation.

Un « modèle qui marche » est d'abord un dispositif qui recherche - sans jeu de mot - le mouvement en décidant de traiter – résolument - la question de la chronicité.

Depuis le plan psychiatrie et santé mentale de 2005 le raisonnement, en termes de trajectoires de soins, déjà largement évoqué dans la philosophie « du secteur », est désormais consacré par les pouvoirs publics. Il permet de combiner séjours sanitaires en hôpital et séjours sociaux et médico-sociaux dans des lieux de vie, associant ainsi dans une vision globale les besoins de soins, de réhabilitation, d'hébergement/logement, de travail pour une même personne, selon les temps de sa prise en charge. Cela est devenu, pour un nombre de services de plus en plus nombreux, un axe stratégique de la prise en charge.

Le traitement institutionnel de cette question suppose une révision des choix thérapeutiques, ce qui en fait un puissant levier de changement.

La MNASM promeut aussi l'idée que la psychiatrie - discipline médicale - et santé mentale -, objectif de santé publique - sont à considérer, sinon au même titre (les enjeux épidémiologiques sont différents), du moins dans une seule stratégie d'ensemble. L'organisation idéale doit être la plus proche de celle de « filières de soins » s'interrogeant sur la réponse à donner aux différents cas cliniques : patients vus aux urgences, patients suivis en ambulatoire, patients hospitalisés et, pour chacun d'eux, avec quel tempo de soins en fonction de leur pathologie ? Un tel raisonnement conduit à rechercher un adossement de la psychiatrie au MCO, avec un accueil psychiatrique aux urgences complété par des lits de très courte durée (CAC, UHCD 72 heures), à privilégier une implantation de l'hospitalisation au plus près de la population dans la cité, et enfin à définir une réponse aux soins au bénéfice de populations spécifiques : notamment adolescents-jeunes adultes, (liens avec la psychiatrie infanto-juvénile), personnes âgées (lien avec la gériatrie), populations déshéritées.

^[1] L'essentiel des propositions se trouve dans des publications de la MNASM : *La psychiatrie française : quelles voies possibles ?* MNASM (2005) aux Editions ENSP ou, sur des sujets particuliers, dans sa revue *Pluriels*, par exemple le numéro n°67 sur le CMP Pivot.

Mais se représenter un modèle de fonctionnement ne suffit pas pour l'atteindre, indépendamment des controverses idéologiques qui restent très présentes dans ce champ. Schématiquement, il s'agit de conserver l'efficacité des secteurs, en cela qu'elle garantit un accès aux soins pour chaque personne dans une zone géographique, tout en faisant émerger des raisonnements par activité qui distinguent le soin selon son temps (acuité / chronicité) ou selon une pathologie (malade anxio-dépressif / psychose) par exemple.

De ce point de vue, le site de Valenciennes n'est pas loin d'un idéal de fonctionnement et son évolution, par rapport à d'autres sites que la MNASM analyse, relève plus du réglage et de l'ajustement que d'une révision déchirante de choix anciens. En effet, le transfert de l'activité vers le centre ville, en réalité un retour à la localisation qui prévalait avant 1976, est un choix pertinent, car il offre la possibilité d'un continuum géographique entre le somatique et le psychiatrique.

Le respect de l'esprit de l'ordonnance du 2 mai 2005 sur la gouvernance hospitalière avec, notamment, l'existence d'un pôle unique pour l'activité de psychiatrie, est un atout décisif pour définir et mettre en place une politique cohérente de prise en charge : celle-ci s'impose d'autant plus que les trois secteurs 30, 31, 32 desservent un périmètre géographique limité, alors que bien des secteurs français sont à la fois plus étendus et possèdent des habitats plus dispersés.

L'analyse - à gros trait - du dispositif existant permet donc d'affirmer que la pièce manquante la plus importante est le centre d'accueil et de crise, avec une capacité suffisante (10 lits plutôt que 7) jouxtant les (ou intégrés aux..) locaux des urgences. Ce manque est à combler prioritairement si l'on veut se rapprocher rapidement et complètement d'un dispositif dont le fonctionnement optimum doit être décrit maintenant.

B- Les orientations stratégiques

1- L'affirmation d'une présence aux urgences : il s'agit de dimensionner et de positionner convenablement une structure aux urgences assurant un accueil, une évaluation et une orientation 24/24 heures et ce 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi matin de 8h30 à 13h, relais pris par la garde. Soit un besoin de 2 ETP médicaux et 2 ETP infirmiers pour 5/7 jours, 10H par jours, ou 7 ETP infirmiers pour une prise en charge complète.

Dans l'absolu, cet accueil est conjoint avec l'existence de lits porte, et cet ensemble a vocation à assurer la psychiatrie de liaison. Cela suppose des locaux dédiés, des bureaux médicaux, des bureaux infirmiers, une salle d'attente spécifique. Cette activité de liaison peut s'insérer dans l'agenda de travail de l'équipe en fonction des variations de flux d'arrivée de patients aux urgences. S'agissant du financement de ce maillon manquant accueil, c'est-à-dire de la capacité d'hospitalisation de crise, le centre hospitalier de Valenciennes aurait intérêt à nouer des conventions avec les centres hospitaliers voisins. Il semble qu'environ le tiers des « admissions – psy » aux urgences ne soit pas originaire des trois secteurs rattachés au Centre Hospitalier de Valenciennes, ce qui mérite d'être vérifié (cf. l'observation générale sur l'information médicale).

Ce constat est de nature à ouvrir la voie d'un co-financement régi par des dispositions conventionnelles et cela, sans préjudice de dispositions de collaborations plus étroites prévues dans la future loi hospitalière. Cette convention doit prévoir, en particulier, les conditions de retour du patient dans le secteur géographique auquel il est rattaché, en hospitalisation ou

pour un suivi ambulatoire. Ces précautions sont à prendre impérativement pour éviter une embolisation du centre d'accueil par des patients victimes d'un désajustement entre les indications d'admission dans « leur secteur » et celles du centre d'accueil et de crise.

La MNASM attache une importance capitale à cette priorité de présence aux urgences, telle que définie plus haut. Elle permet une amélioration de l'accessibilité aux soins en santé mentale, un lien entre médecine de ville et hôpital, une synthèse entre urgences somatiques et urgences psychiatriques, une mise en place rapide du traitement et, si cela n'est pas possible, l'affirmation de la nécessité d'une période d'observation.

En effet, dans de nombreux sites d'urgence il n'existe pas (encore) de « système tampon » en dehors du tri, ce qui oblige au « tout ou rien » :

- soit hospitaliser par excès de précaution et sous contrainte si le patient n'est pas (assez) coopératif. Ce cas, encore très fréquent, fait participer les urgences à la pression sur les lits psychiatriques alors qu'ils devraient tendre à la diminuer.
- soit renvoyer chez eux, en prenant un risque indu, des patients encore instables, du fait d'un manque de places et de lits.

Ainsi que le mentionne un rapport de la MNASM réalisé pour une problématique voisine (la question posée était : retour de l'activité psychiatrique en centre ville ou non ?), la réussite des centres de crise suppose que soient remplies trois conditions : la première est que ces centres soient implantés à proximité immédiate des urgences et non à distance, car leur fonctionnalité est obérée s'il y a rupture de continuité, la seconde est qu'ils effectuent réellement un travail de crise qui recontextualise les pathologies et les troubles dans l'environnement du patient, inclue les proches et la famille et les associe aux suites. Enfin ce dispositif suppose une véritable formation des personnels médicaux et paramédicaux dans ce domaine.

Ce centre de crise doit se placer, enfin, dans la logique des objectifs quantifiés de l'offre de soins, elle-même issue des orientations définies par le SROS. L'objectif est de disposer d'un centre de crise par établissement siège de service d'urgence dont l'activité dépasse 30.000 passages par an», ce qui est largement le cas pour le Centre Hospitalier de Valenciennes.

2- Si la mise en place d'une authentique structure d'urgence psychiatrique, telle que décrite plus haut, est l'orientation stratégique qui apporterait la pièce actuellement la plus manquante au dispositif. L'initialisation puis la conduite d'une réflexion sur l'adéquation/inadéquation de la prise en charge des patients actuellement hospitalisés (la même réflexion valant pour cette partie de ceux suivis en ambulatoire), est l'action susceptible de produire le plus d'effets en terme de réorganisation, puisque tous les maillons de la chaîne sont concernés et que les trajectoires des patients sont mises en mouvement.

La MNASM recommande, du point de vue de la séquence des actes de gestion à réaliser, l'ordonnancement suivant :

- repérage institutionnel (à l'intérieur et également à l'extérieur de l'institution) d'une équipe technique composée d'un directeur, d'un praticien hospitalier, d'un cadre infirmier et d'un travailleur social, qui soit seule mandatée par le pôle de psychiatrie pour être l'interface et l'interlocuteur unique du monde médico-social (MDPH, DDASS, Conseil Général, prochainement ARS).

- confection et mise à jour régulière d'une liste unique, pour les établissements, des patients qui relèvent d'une orientation médico-sociale et sociale ; actualisation en temps réel de cette liste qui doit comporter les rubriques suivantes :
 - o Date de prise en charge initiale
 - o Date d'admission
 - o Identité (anonymisée)
 - o Orientation MDPH (nature de l'orientation)
 - o État de l'orientation (ex : en attente de place de FAM)
 - o Nature des démarches effectuées (ex : information des familles)

Actuellement, cette liste a été réalisée et comprend 39 patients pour une capacité d'hospitalisation de 109 . L'objectif est d'obtenir une orientation effective (et non pas théorique) pour la totalité de ces personnes avant l'ouverture des nouveaux locaux. Cela suppose que, de fin 2008 à 2011, date probable d'installation de la psychiatrie dans ses nouveaux locaux, une impulsion ait été donnée par l'équipe technique décrite supra (nécessité d'un coordonnateur ?) pour que les patients aient trouvé un lieu de prise en charge plus adéquat. La MNASM rappelle qu'un seul patient inadéquatement hospitalisé depuis un an rend impossible la prise en charge (adéquate) de douze patients par an à hospitaliser un mois, avec toutes les conséquences qui en découlent tant en termes d'image pour le service qu'en risque de perte d'activité et donc, à terme, de recettes pour l'hôpital.

En considérant ce choix de réorganisation interne, perçu désormais comme un choix stratégique par la psychiatrie puis par l'hôpital, puis par toute la sphère d'intervenants à mobiliser sur le sujet, la MNASM préconise la création d'une unité de 20 lits de prise en charge de patients en situation de dépendance institutionnelle, ce qui représente encore la moitié de la file active actuellement repérée.

Le dimensionnement de cette unité doit permettre le traitement des patients qui, pour des raisons médicales avérées, ne pourront jamais quitter le champ de la psychiatrie, la préparation à la sortie des patients dont l'état – stabilisé, induit une perspective de passage vers un lieu de vie plutôt qu'un maintien dans un lieu de soins et enfin l'accueil des patients sortis, mais dont l'état justifie une ré hospitalisation temporaire ou plus durable.

Ajoutons enfin que cette unité de 20 lits, dont l'activité peut être reconnue par la distinction d'une unité fonctionnelle au sein du pôle , a vocation à développer une psychiatrie de liaison à destination des établissements recevant les patients évoqués plus haut, sans doute en collaboration avec l'unité de psycho gériatrie. Ces deux unités peuvent définir ensemble la politique de service à laquelle elles s'engagent à souscrire à l'égard des structures d'accueil : maisons de retraite, EPAHD, MAS, FAM.... etc.... (plus le service est défini précisément - du type : une visite par mois - et plus le risque d'une « orientation qui se passe mal » est réduit.)

3- L'évolution de l'existant

- **L'USAD**

Actuellement, cette unité d'accueil des patients anxio-dépressifs regroupe dans les services de MCO des pathologies plutôt légères associées à des troubles somatiques. Il s'agit d'une forme d'accueil qui se retrouve dans de nombreux centres hospitaliers ayant fait le choix de ne pas courir le risque d'une stigmatisation de la personne souffrante en la plaçant ailleurs que dans les locaux de la psychiatrie.

Une plus grande reconnaissance de cette activité, par la création d'une entité distincte au sein du pôle, pose la question de l'opportunité de regrouper ces lits au sein de la future implantation de la psychiatrie par rapport à leur répartition et à leur localisation actuelle. Cette question doit être tranchée au regard de plusieurs paramètres : du point de vue du traitement des troubles concernés, la structure doit offrir un standard de qualité- sur ce créneau très concurrentiel avec les cliniques- très compétitif en matière d'accueil hôtelier. Il y a lieu aussi de ne pas interdire l'accès à la demande pour les psychothérapies. Du point de vue de la tarification et des recettes, peut être faut-il peser l'avantage du maintien de la solution actuelle dans le contexte d'une tarification des soins, pour l'instant acquise au secteur des soins aigus et qui tarde à se généraliser au soin psychiatrique.

Enfin, sans doute faut-il bien mesurer le risque d'un enkystement de cette activité si elle était réintégrée au sein d'une entité où la durée moyenne de séjour sera toujours supérieure à celle des autres unités médicales de l'établissement. La pratique médicale doit et devra, en cas de regroupement dans les nouveaux locaux de la psychiatrie, être confiée - en toute hypothèse - à des praticiens hospitaliers possédant une compétence reconnue en psychopharmacologie, psychothérapie et naturellement en psychiatrie.

- **L'UCSM**

Depuis 1997, le centre hospitalier de Valenciennes a fait le choix de cette unité de court séjour. Le fait qu'elle puisse scander les séjours des patients selon leur durée est pour la MNASM un apport plus déterminant que le fait que l'intersectorialité n'y soit pas complète : bien avant les textes de 2005, l'idée de fédération incarnait une volonté de mise en commun qu'il faut saluer.

L'étape que doit maintenant franchir le Centre Hospitalier de Valenciennes, en vue de l'installation dans de nouveaux locaux, est un raisonnement par type d'activité dont la concrétisation se trouve dans la différenciation des patients selon la durée prévisible de leur séjour, fonction elle-même du diagnostic et du traitement. Une telle unité de court séjour, unité d'admission, a vocation à recevoir, sans distinction, tous les patients de trois secteurs, affirmant ainsi une politique de pôle. La gestion des lits, les indications et les modes de traitement doivent - sous cette condition - s'affranchir de toute vision mono-sectorielle, qui n'a pas lieu d'être.

Reste alors la question du lien avec le « secteur », entendu comme l'ensemble des acteurs travaillant dans le lieu d'origine du patient, la médecine libérale ou le milieu associatif gérant les questions de logement, par exemple : cet aspect du traitement des patients peut se révéler encore conflictuel puisque, pour des raisons liées à l'histoire et à la personnalité des

praticiens, le dispositif des alternatives est assez disparate dans les trois secteurs 30, 31, 32. Cette différence historique d'approche ne doit pas nuire à la politique de pôle nécessaire au bon fonctionnement de l'UCSM. Un état des lieux de l'extrahospitalier et des alternatives à l'hospitalisation doit être effectué dans le cadre du projet médical de pôle avec, pour ambition, de rendre plus homogènes les conditions de prise en charge en aval de cette unité. La visée doit être d'aligner progressivement le fonctionnement de l'aval vers le dispositif actuellement optimum. L'équipe médicale unique qui devra avoir, après le transfert, la charge de l'UCSM, sera d'autant plus pertinente et efficace qu'elle pourra se prévaloir d'une position unitaire au sein de la structure d'admission..

La MNASM recommande donc fermement ce choix d'unité intersectorielle, ou véritablement polaire, pour le court séjour, avec un travail concomitant d'harmonisation des possibilités de prise en charge ambulatoire (nécessité d'établir, dans le projet médical, un tableau comparatif des capacités actuelles de logement, d'hébergement, de travail dans les trois secteurs, avec un tableau cible de réorganisation).

- **Le dispositif d'ensemble**

Lors des contacts pris par la Mission, nos interlocuteurs ont fait état d'un besoin de soins psychiatriques pour la personne âgée, se traduisant par le projet d'une structure de 20 lits de psycho-gériatrie. Cette différenciation par filière correspondant, pour la personne âgée, à des lits d'hospitalisation spécifiques, doit se traduire par des choix plus précis, en lien avec ce que la gérontologie a déjà organisé, de façon à ce que cette offre projetée de soins devienne complémentaire et ne soit pas concurrente. La MNASM recommande un raisonnement fondé sur les fonctions successives : dépistage, évaluation, traitement, puis prise en charge au long cours..., croisé avec celui des pathologies : Alzheimer, démences séniles etc. L'appréciation de la capacité doit être particulièrement rigoureuse. Une plus faible capacité en lits peut être complétée, dans un premier temps, par une équipe mobile très technique oeuvrant dans le recours et l'expertise, qui peut suffire.

Dans un moment où le paysage hospitalier est en cours de recomposition, la conception de soins gradués en fonction de ce que propose, et proposera, de plus en plus, l'environnement hospitalier immédiat, est une exigence à prendre en compte à Valenciennes, ville la plus importante du Hainaut.

La même interrogation vaut pour d'autres catégories de population, comme celle des adultes jeunes : besoin d'unité spécifique ou d'autres types d'unités, et pour la population générale : opportunité de regrouper des unités de soins intensifs sécurisées permettant de recevoir – si c'est nécessaire – la population placée en hospitalisation sous contrainte, les hospitalisations d'office ou les détenus.

A ce stade du réaménagement du dispositif, le CHG de Valenciennes disposerait, outre les lits de crise et d'UMAD, de 20 lits pour patients en situation de dépendance institutionnelle, de 21 lits (20?) en unité de court durée, de 20 lits dédiés aux soins à la personne âgée.

La MNASM a bien intégré la contrainte d'un transfert d'activité de Saint-Saulve à l'Hôtel Dieu à capacité constante (109 lits), ce qui conduit à proposer la création de deux unités de psychiatrie générale de 20 lits, avec une unité de 9 lits communs au pôle, fonctionnant comme unité sécurisée disposant d'un personnel spécifique et permettant le strict respect des protocoles prévus pour le fonctionnement de ces unités (il est à noter que le nombre actuel des chambres d'isolement, de même que la qualité des locaux, sont les marqueurs, sinon d'un

dysfonctionnement, du moins d'une carence dans la définition de la prise en charge). De ce fait, la MNASM recommande, outre une réflexion immédiate sur les causes de cette situation et la recherche d'améliorations, une organisation mutualisée de ce type d'activité dans les nouveaux locaux. Cette approche est de nature à assurer un meilleur entretien des lieux et avant tout un meilleur respect des pratiques telles que définies, par exemple, pour la contention, dans les protocoles, tel celui de l'HAS.

Au total, le pôle de psychiatrie générale doit prévoir des locaux, dans sa future localisation, se répartissant de la façon suivante : 1 x 20 lits de court séjour, 2 x 20 lits de psychiatrie générale, 1 x 20 lits de soins à la personne âgée, 1 x 20 lits pour les patients hospitalo-dépendants, une unité de patients sous contrainte (ou 9 lits). Cette organisation suppose :

- une volonté de différenciation des patients,
- un refus du mélange des pathologies,
- un raisonnement par filière (ex : personne âgée),
- un besoin important de régulation à l'entrée et à la sortie du système,
- une coordination à améliorer entre l'hospitalisation, l'accueil aux urgences, l'extrahospitalier, l'ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation.

Enfin, la MNASM préconise des unités de 20 lits. Il ne s'agit pas là d'une proposition arbitraire mais de la résultante de nombreuses observations de terrain. La MNASM a parfois vu (mal) fonctionner des unités de 8 à 6 lits qui, pour la psychiatrie générale, représentent un coût fixe important en personnel par rapport à l'activité déployée. À l'inverse, une unité de plus de 20 patients représente un risque fort d'accroissement et de propagation des tensions au sein du service, en cas de situation clinique aiguë, qui ne sont pas faciles, ensuite, à maîtriser.

Cependant, la taille des unités et le parti architectural, une fois défini le choix en termes de différenciation d'activité, doivent appartenir aux soignants et à l'équipe médicale. La politique de mobilité inter structures, inter équipes, les rythmes du temps de travail, font partie du projet et devront être fixés au moment de la phase programme, dans le cadre de la concertation la plus ouverte avec ceux qui sont destinés à travailler dans les futurs locaux. La note placée en annexe peut servir de support au travail de groupe des soignants, si possible en y associant une représentation de tous les professionnels (y compris donc les cadres socio-éducatifs).

III/ Les conditions de la conduite de projet

A- les choix architecturaux

Si la logique est d'assurer le continuum le plus fluide dans la trajectoire des patients, la psychiatrie doit être placée dans la contiguïté immédiate du nouveau bâtiment assurant les soins somatiques. Rien ne serait pire, au motif d'une psychiatrie « nécessitant de l'espace », que de placer les futurs locaux à distance (respectable ?) du plateau technique du MCO. Pas de « culture extensive » non plus de la psychiatrie : la Mission a vu trop d'emplacements très spacieux, dessinés sur le fondement des vertus thérapeutiques des promenades, mais où les pavillons se révélaient ensuite très difficiles à sécuriser.

Le retour en ville est l'occasion de donner aux patients le confort hôtelier tel qu'il est prévu dans les autres lieux d'hospitalisation. Rappelons qu'avant l'ouverture, en 1976, des locaux de psychiatrie à Saint-Saulve, les patients de psychiatrie étaient admis dans les lits de médecine générale ainsi que dans les EPSM de Bailleul et d'Armentières. Contiguïté (par rapport au MCO) et densification (mais prévoir naturellement un accueil des familles) donneront une nouvelle image à la psychiatrie. S'agissant des locaux, la MNASM recommande le respect des orientations générales (issues du travail de professionnels) contenues dans son guide dédié à l'architecture en psychiatrie². Elle conseille de faire précéder la partie programmatique proprement dite d'un travail sur l'aménagement foncier et paysager des terrains libérés. Celui actuellement réalisé au Vinatier, dans le cadre de son plan directeur, peut être un apport utile, permettant – là aussi – de valoriser au mieux le cadre actuel qui est de grande qualité.

L'option de faire (ou non..) réaliser ce type d'analyse par un cabinet spécialisé nous a été suggérée lors de la prise de connaissance du dossier technique initialement constitué. En effet, on peut bien comprendre la nécessité technique de bâtir de part et d'autre de « l'épine dorsale » actuelle pour préserver au mieux l'existant et de réduire ainsi le coût. Encore faut-il que ce ne soit pas antinomique avec le principe de contiguïté et de non dispersion des locaux de la psychiatrie.

B- La définition du projet médical de pôle

Préalablement à l'abord du programme de travaux, la communauté médicale doit s'engager dans l'élaboration du projet médical de pôle.

Celui-ci pourrait reprendre les grandes orientations préconisées. Cela suppose le respect de deux conditions préalables :

- la première concerne l'exigence impérieuse d'accroître la quantité et la qualité des informations épidémiologiques et statistiques relatives à la psychiatrie dans le périmètre consolidé du pôle. La MNASM a constaté **un déficit d'information** concernant, par exemple,

²Pratiques de soins en psychiatrie et réflexions sur les éléments du programme architectural. Aide à l'élaboration d'un pré-programme en psychiatrie, MNASM, avril 2007.

les patients issus des trois secteurs et qui se font soigner ailleurs, ou l'analyse comparée des diagnostics établis pour les files actives suivies par les trois secteurs. De plus, l'intrication des données d'activité entre ce qui est intersectoriel (UCSM) et ce qui est sectoriel rend les chiffres peu exploitables. Actuellement n'apparaissent donc que quelques données sur l'hospitalisation. Les files actives de chacun des trois secteurs incluent les files actives spécifiques des activités intersectorielles pour les trois, ce qui fait que les activités globales sont largement surévaluées et finalement en doublon sur chaque secteur. En réalité, compte tenu du peu de rigueur descriptive au niveau de l'évaluation, d'une absence notamment de capacité à décrire les flux entrants et sortants, il apparaît impossible de s'appuyer sur une évaluation rigoureuse et correctement consolidée pour se projeter, en l'état, plus précisément quant au nombre de lits nécessaires.

La MNASM affirme donc la nécessité préalable de structurer au plus vite une authentique cellule d'évaluation pour définir au mieux les caractéristiques des différents flux d'admission et de sortie depuis l'amont jusqu'à l'aval de l'hospitalisation.

- la seconde consiste à fixer définitivement certains **choix de filières**. Si l'USAD, l'UCSM, unité d'interface avec la sortie et les unités de psychiatrie générale constituent l'armature du dispositif futur, le choix entre 2 x 20 lits de psychiatrie générale couplés à une unité de soin psychiatrique à la personne âgée, ou de 3 x 20 lits de psychiatrie générale et une équipe mobile « d'approche », pour quelques années, de ce nouvel enjeu du soin psychiatrique à la personne âgée, reste posé. Il faut donc considérer cette filière gériatrique dans son ensemble, dans l'interface avec les structures d'hébergement du Centre Hospitalier de Valenciennes, de la ville et du département, et faire le choix de la meilleure interface.

La MNASM ne peut faire, faute d'éléments suffisants, ce choix, qui renvoie au respect des objectifs de santé publique devant inspirer, dans l'idéal, les réorganisations hospitalières. En tout cas, dans l'ordre logique des décisions, ce choix est à placer avant celui de transférer 3 x 20 lits correspondant à la reproduction pure et simple des trois secteurs actuels.

Mais, en toute hypothèse, cela reste de la prérogative du chef de pôle de fixer, in fine, le curseur entre le sectoriel et l'intersectoriel au bon endroit. De même, le futur projet médical devra proposer la politique à conduire pour quelques populations particulières qui n'ont pas semblé à nos interlocuteurs être des enjeux immédiats : soins aux détenus, traitement des addictions, soins aux jeunes adultes.

Pour ces dernières catégories de population, il existe déjà des dispositifs de prise en charge : le dispositif de soins psychiatriques à la maison d'arrêt de Valenciennes et l'établissement pour mineurs de Quièvrechain ; l'UTD, le Centre Méthadone et l'équipe de liaison en toxicomanie.

IV/ Quelques grands impératifs dans la conduite du projet

De l'expérience tirée de l'ouverture de quelques pavillons ou services récemment programmés en psychiatrie, la Mission suggère quelques lignes de force pour guider l'action jusqu'à l'ouverture.

1/ la nécessité d'un **groupe-projet**, lieu de la réflexion impulsant l'action. Il réunit les représentants de tous ceux qui travailleront dans le future bâtiment. Il a un responsable, directeur de projet.

2/ la première tâche du groupe est de reprendre les préconisations de ce présent rapport et de se les approprier en les discutant. **Les grandes options** qui en seront retenues seront **l'armature** du projet médical. Elles ne seront pas issues de grands choix théoriques mais des choix pratiques parmi plusieurs possibilités, par exemple :

- ne pas éparpiller les structures d'hospitalisation dans l'espace et les situer le plus près possible des urgences/occuper tout l'espace de peur d'être confiné !
- considérer la pratique intra-hospitalière comme la résultante de choix opérés dans le déploiement de l'extrahospitalier dans le périmètre du secteur (et non l'inverse). L'organisation sectorielle doit voir son identité renforcée par un développement et une harmonisation de l'activité des CMP, avec un effort délibéré pour y installer durablement les praticiens hospitaliers.
- veiller à éviter une trop grande dispersion des temps médicaux sur des sites trop nombreux ou pas assez regroupés. L'occasion de l'ouverture des nouveaux services est l'opportunité d'une réflexion quant à **l'organisation des temps médicaux**, aux bornes du pôle.
- débattre de la règle (puis la fixer) concernant la mobilité des personnels. Les limites de l'exercice de **réorganisation** doivent être posées dès le départ, de façon à éviter les craintes ou dissiper les illusions. S'agit-il de refondre les horaires, les principes de mobilité dans le service, inter-équipes, inter-services, inter-secteurs .. ?

3/ Le groupe-projet devra gérer, au fil de ses réunions, ses propres règles d'information. Les contacts pris par la Mission ont montré, actuellement, **un déficit important de connaissances**, de la part du personnel, sur le sens de l'opération envisagée : délocalisation, transfert, relocalisation, faute de formation/information sur le sens du projet. Quid, par exemple, des conditions de travail dans les nouveaux locaux ? Par défaut de précaution, l'établissement peut avoir à gérer une situation de crise liée à la désinformation, aux conséquences imprévisibles.

4/ Enfin, l'ouverture de lits est simplement l'élément d'un système global de prise en charge qui remplit des objectifs de santé publique pour un périmètre très large. La relation entre besoin de santé, demande de soins et offre de soins est, on le sait, complexe, d'autant que l'action en matière de santé mentale ne se résume jamais à traiter uniquement la maladie. Un seul patient peut requérir – tout au long de l'agenda de sa prise en charge – le concours de plus d'une dizaine d'acteurs issus de plusieurs mondes professionnels et rattachés à plusieurs institutions.

C'est pourquoi la modernisation du dispositif se traduira, certes, par la modernisation de l'accueil hôtelier, ce qui est déjà considérable. Mais l'enjeu essentiel reste bien de réorganiser la territorialité à laquelle l'offre s'applique : l'arrivée des réformes prochaines doit

conduire le Centre Hospitalier de Valenciennes à inscrire son projet de psychiatrie aussi bien dans les territoires et les secteurs de santé actuels mais aussi, plus ambitieusement, dans les limites d'un futur territoire de santé-social qu'il lui faut anticiper. La définition puis la promotion du programme des futurs locaux de psychiatrie fourniront l'occasion de tisser les liens utiles dans cette perspective.

Annexe 1

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Agence Régionale de l'Hospitalisation
NORD - PAS-DE-CALAIS

Le Directeur

Lille, le 29 JAN. 2008

Madame la Ministre de la Santé, de
de la Jeunesse et des Sports

Madame la Directrice de
l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins

Nos réf. : DD/MCO/io/2008-059
Dossier suivi par Mme COUTURE
Tél . 03.20.06.70.35
Mail : martine.couture@arh5962.fr
PJ : 1

Objet : Intervention de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)

Le centre hospitalier de Valenciennes souhaite engager une profonde réorganisation de ses services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile tant en termes d'organisation du fonctionnement que de restructurations des locaux.

Cet établissement a bénéficié au titre de son premier contrat d'objectifs et de moyens (2000-2004) de 2 millions d'euros pour le développement de l'offre de soins en psychiatrie et devrait bénéficier de crédits au titre du PRISM pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Pour l'aider dans cette démarche de réorganisation, l'établissement - direction et corps médical - souhaite l'intervention de la MNASM, lettre ci-jointe.

Je suis pour ma part très favorable à cette demande. Je rappelle à ce titre les difficultés rencontrées par la psychiatrie en région Nord Pas-de-Calais notamment en matière d'effectifs médicaux.

Ainsi la réorganisation envisagée pourrait dynamiser sur le territoire concerné cette activité ; l'appui de la MNASM paraît donc judicieuse.

Dominique DEROUBAIX

Copie : MNASM



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES
DIRECTION GENERALE

LE DIRECTEUR

TELEPHONE
03-27-14-50-49

TELECOPIE
03-27-14-36-57

EMAIL
jahan-p@ch-valenciennes.fr

Agence Régionale de l'Hospitalisation
du Nord Pas-de-Calais
Monsieur le Directeur

2 rue Tenremonde
59042 Lille Cedex

Valenciennes, le 9 Octobre 2007

Affaire suivie par Viviane DESMYTTERE
Déléguée à la Stratégie
☎ 03 27 14 33 66
Email : desmyttere-vi@ch-valenciennes.fr

2007- VDTA

Objet : Sollicitation de l'intervention de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)

Monsieur le Directeur,

Comme vous le savez, les services de psychiatrie du Centre Hospitalier de Valenciennes se sont engagés depuis quelques années dans une politique volontariste de transformation et de réorganisation.

Dès 2004, l'idée d'un rebasage budgétaire en faveur de la psychiatrie à partir des crédits MCO a été favorisée, ce qui constitue, un fait unique, tout au moins en région Nord Pas-de-Calais.

Par la suite, dans le cadre du PRISM, les mêmes services se sont accordés sur la rédaction d'un seul projet axé sur les regroupements des structures ambulatoires qui a bénéficié du soutien de l'ARH.

Lors de la mise en place de la nouvelle gouvernance, les quatre secteurs se sont unis autour d'un seul et unique pôle de psychiatrie.

Désormais, dans un mouvement de rapprochement de plus en plus fort des services de psychiatrie du plateau technique, il est envisagé d'intégrer les services de psychiatrie adulte à proximité immédiate du bâtiment neuf, et notamment du service des Urgences.

Cette restructuration nous conduit à une nécessaire réflexion sur les organisations et nous offre une formidable opportunité de refondation et de rénovation organisationnelles.

.../...



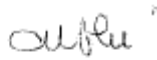
Avenue Désandrouin - B.P.479
59322 VALENCIENNES CEDEX
Tél. : 03-27-14-33-33 (standard)
<http://www.ch-valenciennes.fr>

...

C'est pourquoi, en plein accord avec l'ensemble des médecins chefs de service de psychiatrie, nous vous sollicitons pour engager la procédure d'intervention de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) pour nous accompagner dans ce projet qui structurera durablement les services de psychiatrie pour les années à venir.

Dans l'attente, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur Thierry SABOUNTCHI



Philippe JAHAN





MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Paris, le 13 mars 2008

La Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

à

Monsieur le Docteur Serge Kannas
Coordonnateur de la MNASM

Objet : Organisation de la psychiatrie au Centre Hospitalier de Valenciennes

Comme suite au courrier en date du 29 janvier 2008 du Directeur de l'ARH du Nord, j'ai l'honneur de vous confirmer que vous êtes chargé de conduire une mission d'appui et de conseil auprès du Centre Hospitalier de Valenciennes, et cela à la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de la région Nord, Monsieur Deroubaix.

J'ai pris bonne note que vous avez arrêté avec ce dernier le périmètre, les objectifs et les modalités sur les bases suivantes : aide à la conception du projet médical dans la perspective de la réimplantation des locaux de psychiatrie.

Vous serez accompagné dans cette mission par Monsieur Pierre Juhan, Directeur d'hôpital, membre permanent de la MNASM, de Madame Marie-Christine Blanchard, Cadre Supérieur de Santé au Centre Hospitalier Meulan-Les Mureaux, membre correspondant de la MNASM et du Docteur Pierre Caillault, Chef de service au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, membre correspondant de la MNASM.

Pour l'accomplissement de cette mission, vous aurez la possibilité de rencontrer toutes les personnes concernées de votre choix et vous aurez accès à tous les documents nécessaires pour la conduite de votre mission.

Je vous demande de me remettre vos conclusions pour le 31 juillet 2008.

La Directrice de l'hospitalisation
Et de l'organisation des soins
Annie PODEUR

PÔLE DE PSYCHIATRIE / ORGANISATION DES RYTHMES DU TEMPS DE TRAVAIL

Avertissement au lecteur : la MNASM met à la disposition du Centre Hospitalier de Valenciennes ce document, mais il ne s'agit en aucun cas de la norme à appliquer pour les futurs services, seulement d'une base possible de réflexion.

L'élaboration d'un projet médical, une construction ou une réhabilitation architecturale est un moment opportun pour réorganiser les soins paramédicaux et les rythmes de temps de travail.

Le dimensionnement des unités, le type d'indications médicales, le projet de soins, le caractère nécessairement évolutif que doivent avoir les unités dans un contexte d'intersectorialité, de communauté hospitalière de territoire sont autant d'éléments cruciaux à préciser avant d'entrer dans la phase de réorganisation des rythmes du temps de travail.

A propos du dimensionnement d'une unité de psychiatrie générale, nous pouvons ici rappeler une des préconisations du livret « Aide à l'élaboration d'un pré programme en psychiatrie » édité en avril 2007 par la MNASM : « la dimension idéale pour une unité d'hospitalisation de psychiatrie générale est estimée à 20 lits maximum »

Plusieurs arguments sont en faveur de cette capacité en lits :

1. Une diminution avérée de la tension au sein du service
2. Une meilleure adaptabilité de la structure vers d'autres missions de soins
3. Même si nous admettions l'hypothèse qu'une équipe identique en nombre et en compétence peut tout aussi bien prendre en charge 20 patients que 25 patients, il est intéressant de se pencher sur deux aspects.
 - Les effectifs cibles maximums peuvent, peut-être, être les mêmes mais les effectifs cibles minimums peuvent être davantage diminués dans une unité de 20 lits sans remettre en cause ni la sécurité, ni la qualité des soins.
 - La proximité de deux unités de soins de psychiatrie générale et le passage rapide des soignants d'une unité à l'autre est un élément de réflexion semble t'il plus judicieux dans la capacité d'adaptabilité et/ou de mutualisation des moyens tout en renforçant les possibilités d'intervention simultanée de soignants dans les situations cliniques aiguës.

En tout état de cause, la question du dimensionnement des unités devra se poser tant pour les unités de psychiatrie générale que pour les unités intersectorielles et apportées des réponses peut-être différentes.

Les préalables nécessaires à une réorganisation des rythmes du temps de travail :

1. Définir une conception du soin dans une unité de psychiatrie

Le soin est dispensé à l'intérieur de l'unité mais aussi à l'extérieur de l'unité : l'effectif cible est dimensionné à partir d'un effectif minimum (toujours présent dans l'unité) augmenter de professionnels pouvant accompagner le patient vers l'extérieur (consultations, sorties thérapeutiques)

Le type de patients accueillis : pathologie et/ou contrainte d'hospitalisation aideront à déterminer le nombre et les compétences.

2. Le ratio personnels/population

Les prises en charge alternatives et ambulatoires étant privilégiées, le ratio personnels/lits utilisés est moins approprié. La file active, le nombre de lits et places installés et surtout la population des secteurs apparaissent plus pertinents. La Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques constate un ratio de personnels par rapport à la population de secteur, en 2000, il était de 53.8 ETP de personnels infirmiers avec de fortes variations autour de cette moyenne.

(Sources : Rapport du Groupe Hospitalier du Havre, Gestion des ressources humaines, Personnel non médical-Martinez).

3. Définir les contours de l'organisation en pôle

L'organisation du rythme du temps de travail est l'occasion de définir les contours de l'exercice des professionnels :

- Intervention ou non sur plusieurs unités pour « institutionnaliser » le lien entre les unités (lesquelles ?) et favoriser la cohérence des prises en charges.
- positionnement sur plusieurs unités ? (ex : répartition d'1 ETP sur unité intra et un CMP)

4. Associer les représentants du personnel, la médecine du travail, la direction des ressources humaines

Les différents partenaires cités sont associés pour mener la réflexion sur les rythmes du temps de travail et accompagner sa mise en place.

Plusieurs pistes de réflexions peuvent être menées sur les rythmes du temps de travail.

Quatre logiques peuvent être proposées :

1. L'organisation en trois équipes
2. L'organisation en 2 équipes (12h de jour, 12h de nuit)
3. L'organisation mixte avec plus de 12h
4. L'organisation mixte avec plus de 7h30

Les différentes expériences rencontrées amènent à privilégier, pour les unités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale, une organisation mixte avec plus de 12 heures.

Les arguments en faveur de cette organisation :

1. Les arguments cliniques du travail en 12 heures

Le patient psychotique est particulièrement sensible à son interlocuteur et aux changements d'interlocuteurs. Le clivage soignant du matin, soignant d'après-midi, qui peut parfois exister, est un autre élément qui contribue à une tension évoluant sur la journée. Enfin, la répartition de la charge de travail matin-après-midi repose souvent sur une « culpabilité » de l'équipe du matin qui a le souci de diminuer la charge de travail pour leurs collègues d'après-midi engendrant ainsi un « emploi du temps » plus chargé et moins de sérénité pour le patient.

2. Les arguments liés aux effectifs cibles

Un tableau comparatif en fin de document présente et compare une organisation théorique mixte avec plus de 7h30 et mixte avec plus de 12h pour une unité de psychiatrie générale de 20 lits.

Deux autres planifications sont proposées à titre d'exemple pour une unité de crise de 10 lits et unité de psychiatrie au long cours, interface avec le médico-social.

L'intérêt réside dans une présence soignante plus importante dans les moments diurnes avec un effectif nécessaire moins important.

Il convient de compléter le tableau « effectif budgété » et « écart » pour optimiser le cadrage théorique.

3. Les arguments en faveur de la mixité

Les jeunes professionnels ont généralement une préférence pour le travail en 12h. Pourtant, il convient de prendre en compte les contraintes personnelles, parfois les contraintes médicales d'autres professionnels. La souplesse du rythme mixte permet de respecter ces différences et de diminuer le taux d'absentéisme.

4. Mobilité et sentiment d'appartenance au pôle de psychiatrie

Les structures extra hospitalières sont organisées sur des temps de travail à la journée. Il apparaît plus facile aux professionnels de communiquer entre intra et extra sur une organisation en 12heures.(même interlocuteur sur la journée)

D'autre part, il est intéressant de comptabiliser le nombre de soignants, sur le pôle, exerçant sur des horaires différents.

La rotation sur les structures, le rythme de la rotation du personnel sur les structures peuvent être associés à cette réflexion.

L'exercice sur plusieurs structures amène une dynamique riche d'expériences cliniques et de capacité à être plus pertinent dans les propositions de projets de soins des patients. Avoir une bonne connaissance des lieux de soins, de leurs missions, des collègues exerçant sur les autres structures sont des éléments renforçant le sentiment d'appartenance au pôle de psychiatrie.

5. Les arguments liés au recrutement

La qualité du projet est un critère pour mieux recruter.

Et, dans un moment où le choix du lieu d'exercice des professionnels est large, proposer une diversification des rythmes de travail est un atout supplémentaire au recrutement.

6. Les arguments d'adaptabilité de l'organisation par rapport à l'activité de l'unité

Les cadres théoriques de planification permettent d'adapter l'effectif à l'activité de l'unité. Ex : diminution de l'effectif le week-end, au profit d'une sortie thérapeutique ou d'une multiplicité d'accompagnements extérieurs au service.

Les inconvénients de cette organisation et les corrections à apporter :

1. Le règlement intérieur du planning

Il convient d'écrire un règlement intérieur du planning pour poser des règles de gestion communes.

- Comment éviter le cumul de jours travaillés et ensuite de longue période de repos ?
- Quelle répartition des périodes de nuit ?
- Quelle répartition de week-end ?
- Combien de jours travaillés par semaine, mois ?
- Quelle règle pour les RTT ?

2. Les transmissions

- La notion de référent de patient.

L'organisation peut reposer sur une référence soignante « quotidienne » et être superposée avec une référence sur le long terme.

- Le planning en escalier.

Un soignant présent la veille assure la transmission orale du jour.

Le cadre d'unité est aussi fil d'Ariane des transmissions

- La formation « transmissions ciblées »

L'acquisition de la méthode par tous les soignants devra être évaluée et réajustée si besoin.

En tout état de cause, il semble plus facile de gommer les inconvénients d'une organisation mixte avec plus de 12 heures que de tenter de corriger les effets de clivage d'équipes fixes (matin/après-midi/ nuit ou avec roulement de repos fixes)

La souplesse de management pour un planning « à la carte », la prise en compte du volontariat des professionnels, apportent une sérénité palpable dans l'ambiance du service qui est profitable aux patients.

COMPETENCES	Nb de prof. mobilisés/jour	Nb d'heures W par semaine	Nb d'heures travaillées par an	ETP Nécessaires	ETP Budgétés	ECART
IDE Jour	5 la semaine et 4 WE et Fériés	270h	14040h	12.28 + 1 IDE intervenant sur 2 unités		
IDE Nuit	2	140h	7280h			
AS Jour	3	189h	9828h	6.45		
AS Nuit	0	0				
AMP Jour	0	0				
ASH Jour	2	105h	5460	3,58		
Total	12/11 WE					

ORGANISATION avec + de 12 heures pour hospitalisation de psy générale

Légende

IDE 7h30	IDE nuit 12h	IDE 12h	AS 7h30	AS nuit 10h	AS 12h	AMP	ASH 7h30

8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	0h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	

COMPETENCES	Nb de prof. mobilisés/jour/uf	Nb d'heures W par semaine	Nb d'heures travaillées par an	ETP Nécessaires	ETP Budgétés	ECART
IDE Jour	3	220,5	11466	11,82		
IDE Nuit	2	168	8736	+ 0.90 intervenant sur 2 UF		
AS Jour	2	168	8736	5,72		
AS Nuit	0	0	0			
AMP Jour	0	0	0	0		
ASH Jour	2	15	210	3,58		
Total	9					

Annexe 4

Rapport ambulatoire 2007

	SECTEUR 30	SECTEUR 31	SECTEUR 32	UCSM (intersectoriel)	psy liaison (intersectoriel)	toxicomanie (intersectoriel)	DSP Marrêt (intersectoriel)	gérontopsy (intersectoriel)	Moy France 2003
Population globale	63 340	70614	72 517						75000
File active globale 2007	1 242	1088	1478		404	337	491	599	1500
FA patients vus pr la 1ère fois									
FA patients vus une seule fois									
Total ETP IDE + AS	49,15	38,92	40,68		3	16,2			54,1
	2007								
File active ambulatoire	1117	924	1290		391	311	491	599	1286
exclusivement ambulatoire									
Nombre de patients CO	1055	865							
Nombre de patients SD	79	161							
Nombre de patients SI	8	3							
Nombre de patients SU	2	15							
Actes CO	9718	6493	8878		4	1930		596	7601
Actes SD	996	1483	975		3				1374
Actes SI	79	27	64		2714		2493		617
Actes SU	7	31	50		706	1		433	564
Actes AA	300	373	625		3	148	6	17	
ETP IDE + CATTTP	15	4,75	14,88		3	3,5			

Juillet 2008

Rapport annuel temps complet 2007

	SECTEUR 30	SECTEUR 31	SECTEUR 32	UCSM (intersectoriel)	TOXICOMANIE (intersectoriel)	moy France 2003
2007						
File active temps complet	47	96	75	471	120	370
Nombre de patients exclusivement tps complet						
Nombre de journées	6342	12155	8588	8426	2056	15126
Nombre de lits	25	26 (20+6)	24	27	7	
AFT	1968	3500	1902			
Appartements thérapeutiques	2024					
ETP IDE+AS	30,15	32,57	19,8	20,25	12,7	

Juillet 2008

Rapport annuel temps partiel 2007

	SECTEUR 30	SECTEUR 31	SECTEUR 32	MOY France 2003
2007				
File active temps partiel	132	141	160	142
Nombre de places HJ	15	12	20	
Nombre de patients HJ	43	74	51	
Nombre de journées HJ	5146	7612	4445	3205
ETP IDE + AS	4	1,6	6	
Atelier thérapie (JO)	384 (3p)	213 (2p)	971 (8p)	
Places Hosp nuit	2	3	2	
NU	318	612	1018	
CATTP CA	6675	2947	771	
CATTP AJ	4212	6984	5947	

Juillet 2008